

Enhetlig ledelse, utviklingstrekk og erfaringer

Anne Kathrine Karlsen



Masteroppgave

—

Institutt for helseledelse og helseøkonomi

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2012

Enhetlig ledelse, utviklingstrekk og erfaringer

Anne Kathrine Karlsen



Masteroppgave

—

Institutt for helseledelse og helseøkonomi

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2012

© Anne Kathrine Karlsen

2012

Enhetlig ledelse, utviklingstrekk og erfaringer

Anne Kathrine Karlsen

<http://www.duo.uio.no/>

Sammendrag

Det overordnede temaet i denne oppaven er utviklingen av enhetlig ledelse i norske sykehus.

I 1996 ble det nedsatt et utvalg av Sosial- og helsedepartementet, Steine-utvalget, som skulle utrede spørsmål om intern organisering og ledelse i norske sykehus. Utvalgets innstilling ble presentert i Norges offentlige utredninger NOU 1997:2 Pasienten først.

Som et resultat av utvalgets arbeid, ble reformen om enhetlig ledelse vedtatt innført i norske sykehus i 1999. Lov om spesialisthelsetjenester kom i 1999 med virkning fra 2001.

Reformen skulle erstatte praksisen der leger og sykepleiere hadde ledet sammen, såkalt todelt ledelse. Ved innføring av enhetlig ledelse var tanken at det skulle være en ansvarlig leder for hver organisatorisk enhet i sykehusene.

Retningslinjene og lovverket ble aldri helt entydig med hensyn til hvordan selve organiseringen skulle være. Det gav rom for en gråsone hvor legene ikke kunne overstyres når det gjaldt medisinskfaglige spørsmål. Det ble opprettet medisinskfaglige rådgivere med nødvendig myndighet der hvor det var sykepleiere som var avdelingssjefer.

For å belyse reformen i praksis består oppgaven av to deler:

En teoretisk del med et historisk tilbakeblikk på to autonome aktører i kamp om ledelsen. Det er et historisk tilbakeblikk på legers og sykepleieres historie og utdanning.

Videre består oppgaven av en nåtidsdel basert på kvalitative intervjuer. Det er et utvalg avdelingssjefer, en lege og en sykepleier, som blir intervjuet om hvordan enhetlig ledelse fungerer ti år etter innføringen.

Funnene i intervjuene viser dog at den verste konflikten er over og at stormen har lagt seg. Kliniske avdelinger ledet av sykepleiere ser ut til å fungere, i alle fall ved det sykehuset som intervjuobjektene er hentet fra.. Legene har gjort en retrett fra lederstillinger og satset på fag. Sykepleiere har gått i motsatt retning og satset på ledelse.

Nyere omorganiseringer kan dog tyde på at det på nytt er ønskelig å få legene tilbake i lederstillinger.

Forord

Etter endt sykepleieutdanning har undertegnede innehatt et stort antall ulike stillinger ved Sykehuset Østfold. Sykepleier, ass seksjonsleder, seksjonsleder, ass. avdelingssjef, prosjektleder mv.

Masterstudiet i helseadministrasjon og helseøkonomi, samt denne oppgaven, har gitt meg muligheten til å studere og fordype meg i ”arbeidshverdagen” min fra et praktisk og teoretisk perspektiv.

Som fortsatt relativ ung leder, har Enhetlig ledelse vært den naturlige arbeidsform og styringsverktøy i hele min yrkeskarriere. Jeg har til stadighet underes over hvordan ulike yrkesgrupper har forhold seg til Enhetlig ledelse, og hvordan dette virker inn på arbeidsforholdene hos min arbeidsgiver. Arbeidet med oppgaven har gitt meg mye kunnskap og dypere forståelse på hvorfor leger og sykepleiere har ulikt syn på ledelse.

En stor takk til min veileder Professor Ole Berg. Uten ham ville denne oppgaven, og spesielt fullføringen av denne, aldri ville kunne funnet sted.

Jeg har siden jeg skrev første side av denne oppgaven, blitt mamma til både Philip og Sara. Dette har naturlig nok hemmet fremdriften, men jeg er likevel sikker på at dette har vært en riktig prioritering.

Til sist en takk til alle bidragsytere til både små og store innspill for å fullføre denne oppgaven.

Sarpsborg, 10. mars 2012

Anne Kathrine Karlsen

Innholdsfortegnelse

1	Innledning og problemstilling	1
1.1	Innledning	1
1.2	Problemstillinger	2
2	Historisk utvikling av lege- og sykepleieprofesjonene	3
2.1	Legeprofesjonens utvikling fra Hippokrates til vår tid.....	3
2.2	Sett fra et Ledelsesperspektiv	5
2.3	Fra antikkens Hellas til bachelorgrad i sykepleie	5
2.4	Kort oppsummering	8
2.5	Sett fra et ledelsesperspektiv	8
3	Historisk utvikling av sykehusene i Norge: Fra fattighus til helseforetak	11
3.1	Fra oppbevaring til behandlingsinstitusjoner	11
3.2	Det moderne sykehus.....	12
3.3	Finansiering av sykehusene	14
3.4	Sett fra et ledelsesperspektiv	16
3.5	Fra Smaalenenes amtssykehus til Sykehuset Østfold Fredrikstad og Kalnes	17
3.6	Sykehuset Østfold Fredrikstad – nøkkeltall og kurver	19
3.6.1	Antall senger	19
3.6.2	Gjennomsnittlig antall liggedøgn	20
3.6.3	Antall ansatte	21
3.7	Sett fra et ledelsesperspektiv	21
4	Design og metode.....	23
4.1	Design.....	23
4.2	Kvalitativ metode	24
4.3	Gjennomføringen.....	24
4.4	Vurdering av datamaterialet	27
4.5	Etikk.....	28
5	Teoretisk ramme.....	30
5.1	Fra todelt til enhetlig ledelse	30
5.2	New Public Management (NPM)	31
5.2.1	Strategisk ledelse og teamledelse	33
5.3	NOU 1997:2 ”Pasienten først”	34

5.3.1	Ledelse og enhetlig ledelse i Steineutvalget	34
5.3.2	Noen umiddelbare virkninger av Steine- utvalgets innstilling.....	37
	Utvalgets innstilling ble også viktig da de nye helselovene trådte i kraft i 2001. Flere paragrafer omhandlet ledelse i sykehus.	37
5.4	Spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven	37
5.4.1	Spesialisthelsetjenesteloven	37
5.4.2	Helsepersonelloven	39
5.5	Sykepleie- og legeledelse sett fra et generelt ledelsesperspektiv	41
6	Resultater og funn fra intervjuundersøkelsen.....	44
6.1	Presentasjon av funn	44
6.2	Oppsummering av funn	55
7	Oppsummering / Konklusjon	58
	Litteraturliste	63
	Vedlegg 1	66

1 Innledning og problemstilling

1.1 Innledning

19.april 1996 ble det nedsatt et utvalg av Sosial- og helsedepartementet, Steine-utvalget, som skulle utrede spørsmål om intern organisering og ledelse i norske sykehus. Mandatet var ”å foreslå tiltak innenfor områdene ledelse og organisering som kan bedre driften ved norske sykehus” (NOU 1997:2:3)

Utvalgets innstilling ble presentert i NOU 1997:2 Pasienten først. Et av tiltakene som ble forslått i utredningen var innføring av enhetlig ledelse ved alle landets sykehus. Som et resultat av utvalgets arbeid, ble reformen om enhetlig ledelse vedtatt innført i norske sykehus i 1999 (lov om spesialisthelsetjenester 1999) med virkning fra januar 2001.

Med enhetlig ledelse var tanken at det skulle være én ansvarlig leder for hver organisatorisk enhet i sykehusene. Det skulle erstatte den tradisjonelle praksis der leger og sykepleier ledet sammen, gjennom såkalt todelt ledelse.

Vedtaket utløste en debatt mellom leger og sykepleiere om hvem som skulle ha rett på avdelingslederstillinger i sykehusene. Grunnen var at man verken i utredningen eller i den påfølgende lovteksten presiserte hvilken profesjon som skulle ha rett på stillingen. Tanken var at den som var best kvalifisert til å lede skulle lede, uavhengig av profesjon.

Innføringen av enhetlig ledelse har foregått i en organisasjon preget av relativt autonombevisste aktører, nemlig leger og sykepleiere. Disse aktørene har et sett med sterke profesjonsnormer som de har ervervet gjennom sin utdanning og historie.

1.2 Problemstillinger

Jeg skal i det følgende se på flere emner knyttet til ledelse av leger og sykepleiere, spesielt i sykehus. Først skal jeg se på hvordan lege- og sykepleieprofesjonene har utviklet seg og hvordan måten de har utviklet seg på har skapt spesielle former for profesjonsledelse. Så skal jeg vise hvordan sykehusene har vokst frem i nyere tid og hvordan måten de er blitt ledet på er blitt preget ikke minst av lege- og sykepleieprofesjonene og den arv de er bærere av. I denne sammenheng skal jeg også vise hvordan et bestemt sykehus, det som ble til Sykehuset Østfold, har utviklet seg: Dette sykehusets utvikling har noen særtrekk, men er først og fremst et uttrykk for den generelle sykehusutviklingen. I siste del skal jeg se nærmere på innføringen av den enhetlige ledelsen i sykehus, først ved å se på innføringen generelt og nasjonalt og så ved å se på hvordan den har virket på en bestemt avdeling i et bestemt sykehus.

Jeg understreker at mitt formål er å forstå noe av det som har skjedd og skjer, ikke å vurdere det. Jeg tar altså ikke stilling til om det bør være enhetlig ledelse, eller hvordan en slik på best mulig måte kunne organiseres eller hvem det er som best egner seg til å være enhetlige ledere, for eksempel leger eller sykepleiere.

I de historiske deler av oppgaven har jeg basert meg på andres historiske arbeider. I de nåtidspregede deler har jeg i tillegg til andres arbeider basert meg på den ene siden på dokumentarisk materiale, særlig offentlige dokumenter, og på den andre siden på kvalitative intervjuer i sykepleieledede avdelinger. Jeg har i det siste tilfelle hatt semistrukturerte intervjuer med et utvalg sykepleieledere, en lege og en klinisk sykepleier.

2 Historisk utvikling av lege- og sykepleieprofesjonene

2.1 Legeprofesjonens utvikling fra Hippokrates til vår tid.

Antikkens Hellas regnes ofte som den moderne medisinkunstens krybbe. Hippokrates (460-377 f.kr) levde på øya Kos nær Lilleasia og ses ofte på som ”legekunstens far”. Hippokrates og hans studenter etterlot seg en samling skrifter ”Corpus Hippocraticum”. Her endret de medisinen fra å være basert på magi og overtro til å bli basert på rasjonalitet og konkrete erfaringer. Den vitenskapelige vestlige medisinen stammer herfra.

Legenes oppgave var å gjøre nøyaktige observasjoner for å finne årsakene til sykdommer. De viktigste oppgavene var ikke lenger ofring eller å drive ut onde ånder eller blidgjøre guder. Etter Hippokrates oppfatning var legens rolle å påse at naturen selv sørget for kuren. Prinsippet var ”Primum est non nocere” – det viktigste er, ikke å skade. Dette gjenspeiles også i den hippokratiske ed, som gjaldt holdninger og verdier, det vi i dag kaller yrkesetikk. (oppsal-legekontor.no)

Først i middelalderen oppstår universitetene og universitetsmedisinen. Legeutdannelsen ble mulig for nordmenn ved opprettelsen av Københavns Universitet i 1479. Det skulle dog komme til å ta lang tid før det kom legestudenter fra Norge til København. En viktig grunn var mangel på tradisjon for slik utdanning. Norge var et land som drev med jordbruk og fiske på tradisjonell vis. Boklig lærdom og dyptgående studier fikk en beskjeden plass i samfunnet. En annen viktig årsak var mangel på katedralskoler (latinskoler). Det var nemlig latin som ble brukt til undervisning og eksamen ved universitetet.

Den lokale legepraksisen i Norge fortsatte i stor grad som før å bli ivaretatt av selvlærte bygdedoktorer eller legekyndige.

På 1500-tallet kom datidens kirurger for fullt. De ble kalt bartskjærere eller feltskjærere. Dette var menn som hadde gått i lære som barberere, men som hadde videreutviklet sine kunnskaper til visse kirurgiske ferdigheter. Dette kunne være tanntrekking, amputasjoner, mindre operasjoner, det å åpne byller, årelating eller det å sette klyster.

Selv på 1700-tallet var opplæringen av feltskjærene ganske tilfeldig. Det var dog et stort behov for militærleger, og feltskjærere ble etter hvert en aktet tittel i militæret.

I 1736 ble det i København opprettet en spesiell utdanning for kirurger ved det nye "Theatrum anatomico- chirurgicum". Dette ble gjort for å møte både behovet i befolkningen for vanlig legehjelp og hærens og flåtens behov for militærleger.

Kirurgien og medisinen har således hatt en noe forskjellig historie. Universitetsmedisinerene, som ble rekruttert fra de høyere sosiale lag, drev en teoripreget og til dels spekulativ behandling hvor ulike medikamenter spilte en viktig rolle. De hadde ikke noe til overs for kirurgenes virksomhet. Kirurgene drev en mer håndverkspreget og "uren" virksomhet, i stor grad med fattige som pasienter.

I 1785 ble "Theatrum anatomico-chirurgicum" gjort om til det "Kongelige Chirurgiske Academi". Her skulle undervisningen og eksamineringen være på dansk eller tysk og den skulle gi en fullstendig kirurgisk legeutdannelse, helt uavhengig av universitetet. Akademiet ble også åpnet for alle og enhver.

I løpet av få år hadde det Kongelige Chirurgiske Academi utdannet flere kirurgiske leger enn hva det kom av medisinske kandidater fra Universitetet i København. Akademiet besto som en selvstendig institusjon i 50 år før det ble slått sammen med det medisinske fakultet til et felles medisinsk-kirurgisk fakultet, kalt Det Lægevidenskapelige Fakultet.

Norge fikk sitt eget universitet i Christiania i 1811. Det var en beskjeden søkermasse til medisinstudiet. Dette førte til at man måtte åpne også for ungdom uten eksamen artium. Disse slapp all latinsk eksaminasjon til eksamen. De ble uteksaminert som *examinatus medicinae* (exam. Med.) istedenfor *candidatus medicinae* (cand. med.), som var den fulle akademiske tittel.

I 1816 utgav regjeringen en fortegnelse over alle landets leger. Den viste at det var til sammen 100 personer som hadde rett til å drive selvstendig praksis som lege i Norge. Flesteparten av disse var danske og tyske og var eksaminert i København. De fleste hadde også en, mer eller mindre fullstendig, kirurgisk utdannelse. (Bergensposten 2003)

2.2 Sett fra et Ledelsesperspektiv

Hvis vi ser på legenes utvikling i et ledelsesperspektiv, ser vi at legene alltid har jobbet som individualister. De har måttet være autonome og hatt selvstyrte praksiser. Selv om kirurgien og medisinen har hatt en noe ulik historie, har begge typer praksis vært selvstyrte. Både leger og kirurger har ledet seg selv og eventuelle hjelpere eller assistenter. Ledelse var noe som enkelt kunne kombineres med klinisk arbeid. Det var ikke noe klart skille mellom den kliniske og den ledende, eller administrative, virksomhet. (Jørgensen og Berntsen 2009)

Å administrere eller lede på 1800-tallet krevde verken mye tid eller spesiell kompetanse. Sykehusene var mindre i størrelse og mindre spesialisert. Det var stort sett tomme klostre og fattighus som ble omgjort til sykehus. De viktigste administrative beslutninger krevde først og fremst innsikt i den medisinske virksomhets karakter. Det er først med den vitenskapelige og teknologiske utviklingen, samt sykehusenes vekst, at truslene mot det individuelle legelige selvstyre kommer. (Berg 2010)

2.3 Fra antikkens Hellas til bachelorgrad i sykepleie

Antikken (800 f. Kr-500 e. Kr) blir ofte omtalt som den første kulturrepoken i Europas historie.

Den athenske kvinnen hadde liten kontakt med omverdenen. Hennes oppgaver var innenfor hjemmets fire vegger. Det å skulle hjelpe og pleie alle mennesker fordi mennesket i seg selv er verdifullt, var fjernt fra datidens tankegang. Innenfor slekten derimot hadde kvinnene plikt til å pleie hverandre. For de rike familiene, som hadde slaver, var det slavene som tok seg av de syke, ellers var det kvinnene i hjemmet som gjorde det.

Under romertiden ble det bygget hus for de syke, kalt valetudinarier. Friske soldater og slaver ansås som en ressurs i samfunnet. Valetudinariene ble bygget av praktiske og økonomiske grunner. De var fattighus. For romere og grekere skjedde pleien i regi av familiemedlemmer i hjemmet, avhengig av økonomiske ressurser. I og med at pleien skjedde i hjemmet finnes det få kilder som sier noe om sykepleien, bortsett fra at den var kvinnenenes domene.

Fra ca. 500 e. Kr, eller noe før, blir kirken det samlende midtpunkt i tilværelsen i Europa. Nestekjærlighet er sentralt i kristendommen. Fortsatt var den rådende oppfatning at slekten hadde hovedansvaret for den syke. De som var familieløse kunne få praktisk hjelp fra kirkens caritative virksomhet. Klostrene var sentrale institusjoner i middelalderen. De utviklet seg til

sentre for både kunnskapsformidling og sykepleie. Oldkirken hadde diakoner og diakonisser til å sørge for de syke, foreldreløse, fattige og fanger.

Store hospitaler begynte å dukke opp og pilgrimsreiser til hellige steder var en vanlig foreteelse. Mange pilgrimer ble syke under reisen, eller så var det sykdom som var årsaken til reisen. Hospitalene var vanligvis tilknyttet store klostre eller betydningsfulle kirker.

I Norge bygget kong Håkon Håkonsson (1200-tallet) flere hospitaler rundt om i landet. Sykepleierne på disse hospitalene tilhørte kirkens ordener. Det ble dannet ordener der oppgaven til medlemmene var å pleie syke. Opplæringen skjedde gjennom praktisk erfaring. Eksempler på slike ordener var fransiskanerordenen og St. Elisabeth-søstrene.

I senmiddelalderen begynte man flere steder å organisere virksomheter som hadde sykepleie som hovedsak. Kirkens stilling begynte å svekkes og andre virksomheter overtok. Den tryggheten mange av de fattige hadde hatt i form av kirkens og klostrenes barmhjertighetsarbeid ble borte da kirkens makt ikke lenger var samfunnets fundament.

Utviklingen av den medisinske kunnskapen påvirket samfunnets innstilling til nye helseinstitusjoner. Hospitalene endret i løpet av 1700-tallet gradvis karakter. Tomme klostre ble omgjort til fattighus eller sykehus. Disse nye sykehusene hadde medisin og administrasjon som midtpunkt. De ble gradvis knyttet til den medisinske profesjon. Pleiepersonalet i institusjonene ble ofte omtalt som stuepiker, våkekoner eller gangkoner, tjenestejenter og lignende i denne perioden. Sykepleien i hospitalene ble forandret i negativ retning fra å ha vært en beundret gjerning i middelalderen til nå å være blitt lønnsarbeid av lav status. Sykepleien og dens engasjement forfalt, hospitalene ble for mange jenter det siste stedet de oppsøkte for å få arbeid.

1800-tallet ble det århundret da sykepleien ble til fag og yrke. Det var tre kvinner som fikk stor betydning for sykepleien i Norge. Det var Florence Nightingale, Cathinka Guldberg og Rikke Nissen. Florence Nightingale (1820-1910) var overklassekvinnen som valgte å gå nye veier. Hun var en bestemt, målbevisst sykepleier, en administrator, forfatter, forsker og samfunnsreformator. Hun er mest kjent for sin innsats under krimkrigen i 1854, hvor hennes sterke side som administrator kom godt til nytte.

Sykepleie for Nightingale var en kunstutøvelse som krevde en organisert, praktisk og vitenskapelig opplæring.

I Kaiserswerth i Tyskland ble den første moderne skole for sykepleiere (diakonisser) etablert i 1836. Både Florence Nightingale og Cathinka Guldberg har sin bakgrunn fra denne skolen.

Høsten 1868 startet diakonisseutdanningen ved Diakonissehuset i Kristiania, som Norges første sykepleieutdanning. Leder for denne utdanningen var Cathinka Guldberg (1840-1919). Selv om det i praksis var hun som ledet organisasjonen var det en teolog som formelt skulle lede institusjonen. I 1880 fikk hun som eneste kvinne plass i styret. I 1915 fikk hun som første kvinne i Norge St. Olavs Ordenens ridderkors av 1.klasse.

Rikke Nissen (1834-1892) var Norges første forfatter i sykepleiefaget. Hun var en av de få kvinnene på 1800- tallet som så betydningen av å skrive og publisere sitt budskap. I 1877 gav hun ut Lærebog i Sygepleie for Diakonisser. Til tross for sitt selvstendige syn på sykepleiefaget knytter hun sykepleien nært sammen med legens arbeid. Hun mente at man burde ha et best mulig forhold til legestanden.

Rikke Nissen mente at sykepleierens hovedoppgave var å observere pasienten, lindre lidelser og lydig utføre legens forordninger.

I september 1912 dannes Norsk Sykepleieforbund. Initiativet ble tatt av Bergliot Larsson (1883-1968). Hun ble valgt til forbundets første formann. NSF kom raskt til å markere seg i samfunnsdebatten. Spesielt gjorde de det med sitt krav om treårig sykepleieutdanning som grunnlag for å få autorisasjon som sykepleier. Først 10. desember 1948 ble Lov om utdanning og offentlig godkjenning av sykepleiere vedtatt av Stortinget. I 1986 får sykepleieutdanningen plass i høgskolesystemet. I 2001 ble det vedtatt at sykepleieutdanningen skulle føre frem til en bachelorgrad.

I 1972 tok sykepleierne sitt kraftigste virkemiddel i bruk, streik. Streiken ble ledet av Anne-Lise Bergenheim (1946-). Det sykepleierne oppnådde med streiken var bedre lønn i fremtiden. To år senere fikk de sine to lønnsklasser. (Mathisen 2006)

2.4 Kort oppsummering

I løpet av 1800-tallet tok det moderne helsevesen form. Landet fikk flere og mer kunnskapsrike leger, behandlingsmulighetene ble flere og sykehus ble bygd. Dette presset frem et behov for faglærte sykepleiere. Gangkoner, våkekoner og tjenestepiker hadde ikke noen forutsetning for å møte de utfordringer som utviklingen medførte.

Sykepleien hadde gått fra å være et kall til en lavstatusoppgave. På 1800 tallet gikk det fra å være oppgaver nederst på sykehusets rangstige til å bli et eget yrke med egen utdanning.

(Mathisen 2006)

2.5 Sett fra et ledelsesperspektiv

Allerede fra begynnelsen av jobbet sykepleierne sammen i store organisasjoner og var en del av et felleskap. De hadde behov for å koordinere arbeidet sitt og organisere dagen. De hadde på et tidlig tidspunkt behov for ledelse. Den moderne sykepleie ble derfor også fra starten av opptatt av ledelse. Man kan nesten si at Florence Nightingale definerte sykepleien også som et ledelsesfag: Å pleie var for henne i stor grad et ledelses- eller organiseringsspørsmål.

Sykepleiere har imidlertid hele tiden formelt vært underlagt andre yrkesgruppers styring, først prester, siden offiserer og, særlig, leger.

Sykepleiere har på denne måten vært del av store organisasjoner og er vant til å bli ledet, både av andre sykepleiere og av representanter for andre yrkesgrupper. Dette har nok gitt dem et annet forhold til ledelse enn hva legene har hatt, som stort sett har styrt seg selv, og knapt har vært ledet engang av andre leger.

Siden framveksten av den moderne sykepleie midt i det 19. århundre har sykepleiere vært opptatt av ledelse og har også, nesten fra starten av, kjempet for retten til å lede egen profesjon.

De ønsket ikke lenger å være så underdanige tjenere som de hadde vært. Legenes økende bruk av sykepleierne som medisinske og tekniske assistenter innebar ofte en reell delegering av medisinske oppgaver. Dette gav sykepleierne større faglig selvbevissthet og selvstendighet på et tidspunkt hvor legemakten ble fragmentert. Sykepleierne tok her ledelse over sitt eget yrke. Ledelse for sykepleien gav ikke bare kollektive muligheter for kontroll med fag og

yrkesutøvelse. Det gav også individuelle karrieremuligheter, selvstendighet og status.
(Melby1990)

Legene fikk på en annen måte, og i en del henseender senere, interesse for ledelse. Av disse, historiske, grunner, møter de to store profesjonene i helsevesenet de siste tiårs ledelsesendringer på ulik måte. Sykepleierne, møter den med en tradisjon både for kallsorientering og teologisk og medisinsk underdanighet og egenledelse og, tiltagende profesjonsbevissthet. Legene møter den med en selvstendighetstradisjon som har gjort dem svært på vakt overfor styring og ledelse ovenfra, særlig i regi av ”fremmede”. Legene har bare vært vant til å underkaste seg det upersonlige, den medisinske faglogikk og den medisinske etikk.

Det hører med til dette bildet av ulik historie at sykepleierhistorien er preget av at yrket har vært helt kvinne-dominert, mens legehistorien er preget av at yrket lenge var helt mannsdominert. Sykepleiernes opprinnelige lydighetskultur ble forsterket av kvinnens underordnede posisjon i samfunnet. Samtidig er yrket preget av at det ble en del av den kvinnefrigjøring som kom utover i det 20. århundre og som førte frem til ”likestillingsrevolusjonen” i 1970-årene. Sykepleiernes profesjonsstrev ble slik en del av kvinnes likestillingsstrev.

Legenes selvstendighetskultur reflekterer legeyrkets høye sosiale status, en status som forutsatte at dets utøvere var menn: Vellykkede menn skal enten være selvstendige eller sjef for andre. Legene er samtidig preget av at de begynte å komme på defensiven fra 1970-årene av. De kom på defensiven delvis fordi de ble angrepet ovenfra, av andre, stadig mer selvbevisste menn, men utgangspunkt i en stadig mer økonomisk bekymret politisk og administrativ elite, og nedenfra, av de stadig mer selvbevisste og frigjorte kvinnelige sykepleiere.

Det første angrepet kom etter hvert også til å ramme sykepleierne. Deres opprør mot legene lyktes i noen grad og de fikk kjempet seg til en slags egenledelse: Et viktige uttrykket for dette er at det ble innført todelt ledelse i sykehusene.

Sjefsykepleieren var plassert på samme nivå som sjeflegen og inngikk i ledelsen. Oversykepleieren var avdelingssykepleierens nærmeste overordnede og direkte underlagt sjefsykepleieren. Rollene til sjefsykepleier og sjeflege var dog ikke helt like. Sjeflegen var en

rådgiver og stabsperson uten noen form for linjeansvar eller personalansvar for, for eksempel overlegene. Sjefsykepleieren hadde også en rådgiverrolle, men hadde i tillegg linjeansvar overfor oversykepleierne. Her speiles igjen de to yrkenes ulike historie.

Det ble en seier for sykepleierne å kunne lede seg selv, selv om den var midlertidig. Den økonomibaserte offensiven ovenfra, førte snart, men for alvor fra annen halvdel av 1990-årene, til at ledelsen av sykehus ble gjort mer generell og formelt løsrevet fra begge de store helseprofesjonene: Ledelsen skulle nå bli profesjonsnøytral. Det skulle være en ansvarlig leder for hver organisatorisk enhet i sykehusene. Man fikk såkalt enhetlig ledelse. Det skulle erstatte den ”tradisjonelle” praksis der leger og sykepleier ledet sammen, den todelte ledelsen.

3 Historisk utvikling av sykehusene i Norge: Fra fattighus til helseforetak

3.1 Fra oppbevaring til behandlingsinstitusjoner

I Norge var de første sykehusene opprinnelig ikke medisinske institusjoner, de var pleieinstitusjoner for syke mennesker fra lavere sosiale lag. På 1800- tallet ble pleieinstitusjonene eller fattighusene brukt som en siste oppbevaring for å beskytte og avlaste det øvrige samfunn. Det var pleiere som dannet hovedtyngden av personalet ved institusjonene. Som nevnt tidligere hadde både personalet og klientellet lav anseelse. Legene arbeidet ikke ved institusjonene, men kunne ha tilsyn med dem. Det var gjerne den offentlige legen som hadde tilsynsansvaret. Fra århundreskiftet akselererte utviklingen av medisinsk kunnskap og teknologi. Denne utviklingen førte pasientene inn i sykehusene. Dette er grunnen til at legene gjorde sitt inntog i sykehusene. De gjorde sykehusene nesten til sine egne private praksiser. De kom i økende grad til å overta makten og ble institusjonenes ledere. Pleierne underordnet seg straks legene, som vi har nevnt tidligere. (Berg 1987)

I institusjonene forble til en viss grad pleien en adskilt virksomhet som legene ikke blandet seg opp i. Pleieoppgavene og pleierne kom fort i behov av at noen koordinerte dem. Denne oppgaven berørte ikke det medisinske arbeidet og det var derfor unaturlig at legene tok på seg denne oppgaven. Det var naturlig at det var en sykepleier som fikk denne rollen. De leger som påtok seg et administrativt ansvar hadde det som et tillegg til sitt medisinske ansvar. Noen sykehus fortsatte slik å være nesten to institusjoner, en pleieinstitusjon og en behandlingsinstitusjon.

Fra 1930 årene var det vanlig at de klassiske sykehusene var delt i tre avdelinger, en kirurgisk, en medisinsk og en røntgenologisk. Fra 1940 årene ble noen sykehus mer enn tredelt, de hadde begynt å få flere spesialavdelinger.

Medisinen ble tradisjonelt sett på som en profesjon bestående av selvstendige yrkesutøvere. Behandlingsinstitusjonene var her preget av legenes autoritet og eneveldige herredømme. Sykepleierne hadde på dette tidspunktet fremdeles hånd om det rene pleie- og husholdningsarbeid, mens legene diagnostiserte og behandlet. Sykepleierne ble dog stadig

trukket nærmere inn under legene. Grunnen til dette var at den medisinske utviklingen førte til at sykepleien ble mer medisinsk. Sykepleierne ble i stigende grad brukt av legene som assistenter under undersøkelser og behandling. Utviklingen gjorde at legene ble mer avhengige av det vi kan kalle submedisinsk bistand. Det er i denne situasjonen den nye, profesjonsbevisste, sykepleierollen vokser frem. I noen grad skjer det altså, paradoksalt nok, ved at sykepleierne også får en mer legeassisterende rolle. Den nye rollen gjør imidlertid at sykepleierne får følelsen av å gjøre noe faglig krevende, samtidig som de får en innsikt som gjør dem bedre i stand til å ”titte legene i kortene”, og dermed også til å utfordre dem.

Den medisinske og tekniske utviklingen presset frem en sykehusvirksomhet som ble mer og mer spesialisert. Sykehusene ble mer behandlingsaktive og legestaben økte. Spesialiseringen førte etter hvert til stadig flere avdelinger. Dette førte igjen til et behov for samordning på tvers av avdelingene. (Berg 2010)

3.2 Det moderne sykehus

Etter annen verdenskrig blir helsetjenesten et kompleks av yrker som gjør at sykehusene blir stadig mer kontinuerlig endrende institusjoner.

De sykehusene som vokser frem i løpet av etterkrigstiden blir for alvor det vi forstår ved moderne sykehus. I disse sykehusene blir autoriteten til den tradisjonelle overlegen gradvis mindre, både blant legene og blant representanter for et økende antall andre yrkesgrupper. I de raskt voksende og stadig mer spesialiserte sykehus vokser behovet for koordinering raskt. Det skaper også et voksende, og mektigere, byråkrati. Det markeres ikke minst ved at de gamle forvalterne, tidligere overlegenes administrative tjenere, fra slutten av 1970-årene gjøres til direktører og til overlegenes, og alle andres, overordnede. De erstatter i mange henseende de administrerende overlegene. I tillegg kommer det stadig flere stillinger innen personal- og økonomiforvaltning, og innen teknisk drift,

Denne store administrative ekspansjon kom for alvor i omstillings- og vekstårene etter sykehuslovens ikrafttreden i 1970. Skulle legen fortsette å være byråkrat, måtte han bli mindre lege. Skulle han fortsette å være lege måtte han fritas for stadig mer byråkratisk autoritet. Det som skjedde var at flere og flere byråkrater måtte ansettes.

Det er i stor grad den medisinske og teknologiske utviklingen som bidrar til å endre sykehusets oppbygning og funksjonsmåte, samt økonomiske forhold. Det moderne sykehus er på en helt annen måte vevd inn i samfunnet. Det er blitt mer avhengig av stadig flere eksterne serviceinstanser. Eksempler på dette kan være produsenter, importører av medikamenter og diagnostisk, terapeutisk og rehabiliterende utstyr, samt importører og leverandører av utstyr til operasjonsstuer og laboratorier. Alt dette fører igjen til et økt behov for administrativ personell. (Berg 1987)

Parallelt med den medisinske og teknologiske utviklingen blir legeyrket stadig mer spesialisert og spisskompetansen øker. Dette skaper en sterkere arbeidsdeling enn tidligere, denne arbeidsdelingen skaper videre en inndeling i stadig mindre og flere enheter, avdelinger og seksjoner. Dette skaper flere nivåer i organisasjonen og nye ledelsesformer utvikles. (NOU 1997: 2)

Spesialiseringen bidro til svekkelse av den enkelte leges autoritet som koordinator eller leder. Når så spesialiseringen også økte behovet for koordinering, oppstod det, som vi har nevnt, et voksende behov for en overordnet ledelse. Spesialiseringen kom etter hvert også til å prege sykepleien, men fordi sykepleien allerede var så ledelsesorientert, bidro det økte koordineringsbehov spesialiseringen skapte mest til å forsterke sykepleiernes opptatthet av ledelse. Slik forsterket den også deres krav om større grad av selvstyre. Samtidig gjorde det at de kom til å legge enda mer vekt på formell lederutdanning.

Spesialiseringen førte altså både til større behov for koordinering og for kostnadskontroll. Det økte de politiske myndigheters styringsinteresse, særlig hva gjaldt økonomien. (Normann 2001)

3.3 Finansiering av sykehusene

For å føre historien helt frem til i dag, skal jeg kort si noe om hvordan sykehusene har vært finansiert gjennom de ulike periodene. Finansieringen er i stor grad med på å prege ledelsesutviklingen og organiseringen i sykehus. Etter hvert som staten krever en strammere økonomisk styring endres også ledelsesformen i sykehusene.

Jeg begynner med å se på velferdsstatens opprinnelse. Allerede rundt 1500 tallet vokste nasjonalstaten frem i Vest- Europa. Statsbyggingen førte etter hvert til en velferdsstat. Den tyske jernkansler Otto von Bismarck (1815-1898) var en pioner i utviklingen av velferdsstaten. (Berg 2005)

Etter andre verdenskrig kom det en jevn og høy økonomisk vekst i de fleste vestlige industriland, Norge inkludert. Det var politisk enighet om å realisere en norsk velferdsstat. I 1969 vedtar Stortinget at driften av sykehusene skal overlates til fylkeskommunene, dog slik at staten skal bidra med det meste av finansieringen, i første omgang med 75 prosent av de godkjente kurpenger.

Nå, etter 1970, begynner en epoke hvor sykehusene blir videre utbygd og modernisert. Under denne helsepolitikken fikk helsetjenesten en absolutt prioritert. Den slapp (nesten) å konkurrere med andre om ressursene. Denne politikken toppet seg i begynnelsen av 1970 årene. Når finansieringen ikke er begrenset av økonomiske rammer kan legene begrense seg til og kun ta rent faglige hensyn i sine beslutninger. Denne politikken begynte å bryte sammen i 1972, og helsevesenet er siden blitt stadig mer konkurranseutsatt når det gjelder bevilgninger. Helsepolitikken har derfor også siden, helt til i dag, vært preget av ulike typer effektiviseringer. (Berg 1991) Politikerne kunne ha valgt å la mer av kostnadsøkningen bli veltet over på pasientene, som egenbetalinger, men valgte i stedet å forsøke å bevare en svært rimelig, om ikke helt gratis, helsetjeneste ved å gjøre helsevesenet mer effektivt.

Sykehusfinansieringen i Norge har siden 1970 bestått av:

- Kurpengefinansiering: 1970-1979
- Rammefinansiering: 1980-1997
- Kombinert innsatsstyrt finansiering og rammefinansiering: 1997-dags dato

I 2002 begynner en ny epoke hvor staten tar over eierskapet og driftsansvaret for sykehusene.

Kurpengesystemet gav sykehusene inntekter basert på satser pr liggedøgn. Kort fortalt ble 50 til 75 prosent av utgiftene direkte refundert fra Folketrygden. "Restbeløpet" måtte dekkes inn over fylkeskommunens budsjetter. Planen var egentlig en opptrapping til 85 prosent direkte refusjon fra Folketrygden. Utgiftene til sykehussektoren økte sterkt i denne perioden. Begrunnelsen var særlig at den gav stimuli til utbygging, og til å "holde sengene varme" som igjen førte til lengre liggetid. Svaret på hvordan man kunne begrense denne veksten var å innføre rammebudsjettering.

Rammebudsjetteringen innebar at folketrygdens utgifter til drift av sykehusene ble lagt inn i fylkeskommunenes rammetilskudd fra staten. Tilskuddene ble "objektivt" basert, med befolkningsmengde som den viktigste faktor. Rammefinansieringsordningen innebar at eierne fikk et klarere krav om å sørge for kostnadseffektivisering sammenlignet med kurpengesystemet. De lokale politikerne skulle i neste omgang bestemme hvilke budsjetterammer de enkelte sykehusene skulle tildeles. Dette skulle gi bedre prioriteringer og stimulere til mer effektive løsninger. Besparselsen i sykehussektoren ville på denne måten komme fylkeskommunen til gode ved at det ble mer penger til andre formål. Forholdet ble at budsjetterammen til sykehusene økte de første årene, uten at det minsket på sykehuskøene. Den relative andelen av rammebudsjettet som tilfalt sykehusene ble stadig mindre utover på 90-tallet. Dog spekulerte nok fylkeskommunene litt med at eventuelle underskudd med stor sannsynlighet kom til å bli dekket i form av statlige ekstrabevilgninger. (Jensen og Bollingmo 2007)

Rammefinansieringen motiverte sykehusene til å ha mange på venteliste slik at de i neste omgang fikk tildelt større bevilgninger.

Innsatsstyrt finansiering er en aktivitetsbasert finansieringsform, hvor fylkeskommunene får refusjoner basert på aktivitet beregnet ut fra DRG- systemet. Dette blir innført i 1997, ut fra et ønske om å stimulere sykehusene til å øke pasientbehandlingen og redusere ventelister og ventetider. (Kjerstad og Kristiansen 2002)

De regionale helseforetakene oppstod i 2002 da staten, som nevnt, overtok eierskapet til sykehusene og landet, for sykehusformål, ble delt inn i fem helseregioner. Disse regionene ble

kalt Helseregion Nord, Helseregion Midt-Norge, Helseregion Vest, Helseregion Øst og Helseregion Sør. (Farnes 2006)

Fra 2007 ble Helse Sør og Helse Øst slått sammen til kjempeforetaket Helse Sør-Øst. Bakgrunn for denne omorganiseringen var igjen ønsket om effektivisering og samordning av tjenestene, spesielt i Oslo.

De regionale helseforetakene fikk et sørge for-ansvar. Det innebar at de har ansvar for at befolkningen i deres regioner skal få de helsetjenester de har behov for, enten ved at de yter disse tjenestene selv, eller ved at de kjøper dem i andre regioner. (Jørgensen og Berntsen 2009)

I 2010 finansieres somatisk pasientbehandling med 60 prosent basisbevilgning og 40 prosent aktivitetsbaserte inntekter. Størrelsen på basisbevilgningen bestemmes bl.a. av antall innbyggere i en region og befolkningens alderssammensetning, og er uavhengig av produksjon av helsetjenester. Innsatsstyrt finansiering (ISF) derimot gjør deler av sykehusenes inntekter avhengig av hvilke typer pasienter de har og antall utførte behandlinger.

3.4 Sett fra et ledelsesperspektiv

Det klassiske sykehus var enkelt oppbygd. Det var færre avdelinger, senger, ansatte og helsetilbudet ikke på langt nær så stort som i dag. Sykehusene bar derfor tidlig preg av å være enkle å styre. Autoriteten var profesjonelt forankret. Den lå hos overlegen, etter hvert, særlig fra 1930-årene av, hos overlegene (overlegekollegiet) og i stigende grad hos lederen for overlegegruppen, den administrerende overlege (særlig etter krigen). Slik er det ikke lenger, ettersom avdelingene blir større og mer spesialiserte blir ledelse mer og mer en fulltidsjobb og ikke et bierverv. Avdelingsspesialiseringen gjorde at det oppstod et nytt nivå i sykehusene, et ”rent” ledelsesnivå.

I de nye sentralsykehusene blir derfor lederoppgavene så krevende at det er vanskelig for den administrerende overlege å være så medisinsk aktiv som han hadde vært tidligere, og som det var nødvendig for å beholde sin autoritet overfor kollegene. Det blir vanskeligere å pendle mellom lederoppgaven og legeoppgaven. Legene har derfor i stigende grad måttet velge mellom ledelse og faglighet, og de fleste valgte helt, eller i alle fall delvis, faglighet. De beholdt en fot i klinikken. Legene har altså, i mange tilfeller, svart på de andres, men særlig

de nye administratorenes, offensiv med å trekke seg tilbake fra ledelse, eller å unnlate å søke på overordnede stillinger. De har trukket seg tilbake til den mest kliniske klinikk. Denne tilbaketrekningen har igjen ført til at andre har tatt over stadig flere ledende stillinger, også på klinikk- og avdelingsnivå. Men når dette er sagt så har heller ikke legene hatt noe sterkt ønske om å lede andre. De har alltid villet lede seg selv og har fra tidligere heller ikke vært underlagt andre. Faget har alltid vært første prioritet. Dette har gjort det lettere for de nye administratorer, og deres politisk foresatte, å stramme grepet om de stadige mer kostbare sykehusene. Andre helsefaggrupper har fått større autonomi og ovenfra har en voksende administrasjon mer og mer kommet til å dominere. Helsepolitikken og sykehusledelsen har slik blitt stadig mer kostnadsorientert. (Berg 1991)

3.5 Fra Smaalenenes amtssykehus til Sykehuset Østfold Fredrikstad og Kalnes

For å illustrere veksten, kompleksiteten og utviklingen i et sykehus, belyser dette kapitlet den historiske utviklingen av Sykehuset Østfold. Sykehuset Østfold er relevant, da informantene som benyttes senere i denne oppgaven alle er ansatte ved dette sykehuset.

Sentralsykehuset for Østfold i Fredrikstad er en direkte videreføring av Smaalenenes Amts sykehus fra 1795 (29. mai).

De tidlige offentlige sykehus i Fredrikstad var beliggende på østsiden av Glomma, ikke på vestsiden slik som i dag. På vestsiden åpnet de katolske St. Joseph-søstre et lite sykehus høsten 1888.

Smaalenenes Amts sykehus ble bygget like utenfor Gamlebyens murer og behandlet medisinske pasienter, den gang med 10 sengeplasser. Den første legen med tilknytning til dette sykehuset var landfysikus i Smaalenene, Christian Casper Seip (1751-1806). På innsiden av murene lå byens sykehus. Det behandlet kirurgiske pasienter. Smaalenenes Amts sykehus siste (administrerende) overlege var Ole K Evensen (1903-93). Han ledet institusjonen fra 1944 til 1956. (Fredrikstad byleksikon)

Da Sentralsykehuset for Østfold åpnet 9. mars 1956 var dette etter en lang planleggings- og byggeperiode. Vedtaket fra fylkestinget ble fattet i 1947, men spaden ble ikke stukket i jorden før i 1951. Den første administrerende direktøren ved det nye sykehuset var Einar G Schie.

Den store sentraliseringen fant altså sted i 1956, i Cicignongaten i Fredrikstad, der de katolske søstrene hadde drevet St. Josephs Hospital. Et nytt sentralsykehus ble bygget i tilknytning til det katolske sykehus. Det katolske sykehus ble gradvis bygget ut frem til 1966, men ble i 1972 slått sammen med sentralsykehuset. Dette er den såkalte G-blokken. Overtakelsen medførte at sykehuset fikk mulighet til å etablere seks nye spesialavdelinger, blant annet en ny avdeling for patologi. Sentralsykehuset har på dette tidspunktet 12 sengeavdelinger med til sammen 640 plasser. Med dette følger også syv medisinske serviceavdelinger og en rekke tekniske avdelinger. Tidligere Smaalenenes Amts sykehus ble gjort om til trenings- og rehabiliteringshjem. (SØF Nytt)

Siden 1956 er sykehuset blitt bygget ut i flere etapper. I 1970 ble det åpnet en ny ”sengefløy”, den såkalte B-fløyen.

Sykehuset var i sterk vekst og bar fort preg av å være trangbodd. En etterlenget serviceblokk ble planlagt. Formålet med serviceblokken var å kunne øke det medisinske tilbudet.

Utvidelsen skulle omfatte nye behandlingsavdelinger, serviceavdelinger, laboratorier og nytt sentralkjøkken. 15. juni 1979 gir Fylkestinget sitt ja til serviceblokken. Den offisielle åpningen av nybygget finner sted 14. januar 1983. Noen eksempler på avdelinger som ble etablert i nybygget var: operasjonssentralen, anesthesiologisk avdeling, røntgenavdelingen, sterilsentralen, sentrallageret og sentralarkivet. (SØF nytt)

I 1990 ble Sykehuset Østfold Fredrikstad til Østfold Sentralsykehus med felles administrasjon. Sykehusdriften omfattet nå Fredrikstad, Sarpsborg og drift på Veum. (Halvorsen 1996)

1. januar 2002 blir Østfold Sentralsykehus til Sykehuset Østfold HF. Som en følge av statens overtakelse av spesialisthelsetjenestene blir Sykehuset underlagt Helse Sør-Øst.

Sykehuset blir et helseforetak med både somatiske og psykiatriske pasienter, med avdelinger i Fredrikstad, Moss, Sarpsborg, Askim og Halden. Administrasjonen ligger i Fredrikstad, til sammen er det på dette tidspunktet ca 4000 ansatte. Allerede på dette tidspunktet begynner man å undersøke behovet for et nytt sykehus, et sykehus man vil plassere på Kalnes i Sarpsborg.

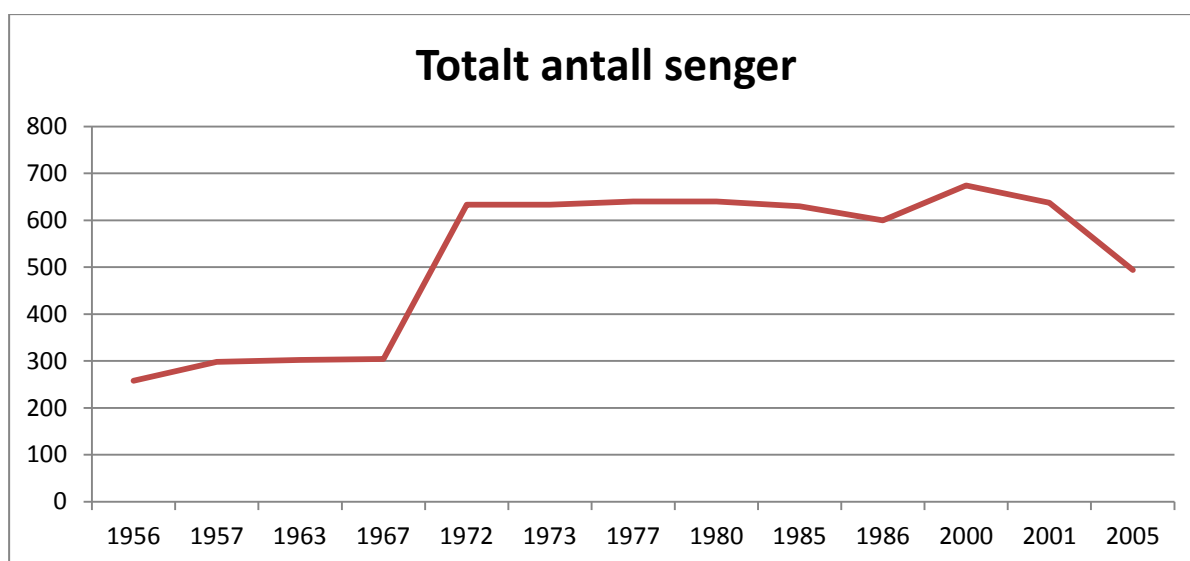
16. desember 2010 er en historisk dag for Østfolds befolkning. De får sitt ja fra styret i Helse Sør-Øst. Vedtaket er fattet og byggingen av nytt Østfoldsykehus kan starte.

5. september 2011 tas det første spadetaket på Kalnes. Et nytt sykehus er i ferd med å bli en realitet. Når byggingen er ferdig i 2015/2016, vil Østfold ha ett nytt sykehus på Kalnes og et utvidet og ombygget sykehus i Moss. Hvordan lederstrukturen og organiseringen av dette sykehuset kommer til å bli, er enda ikke vedtatt.

3.6 Sykehuset Østfold Fredrikstad – nøkkeltall og kurver

Ved hjelp av datainnsamling i saksarkiv og gjennomgang av utgitte årsrapporter fra sykehuset i Fredrikstad, er det samlet inn ulike nøkkeltall som viser utviklingen av sykehusets generelle drift og utvikling fra 1956.

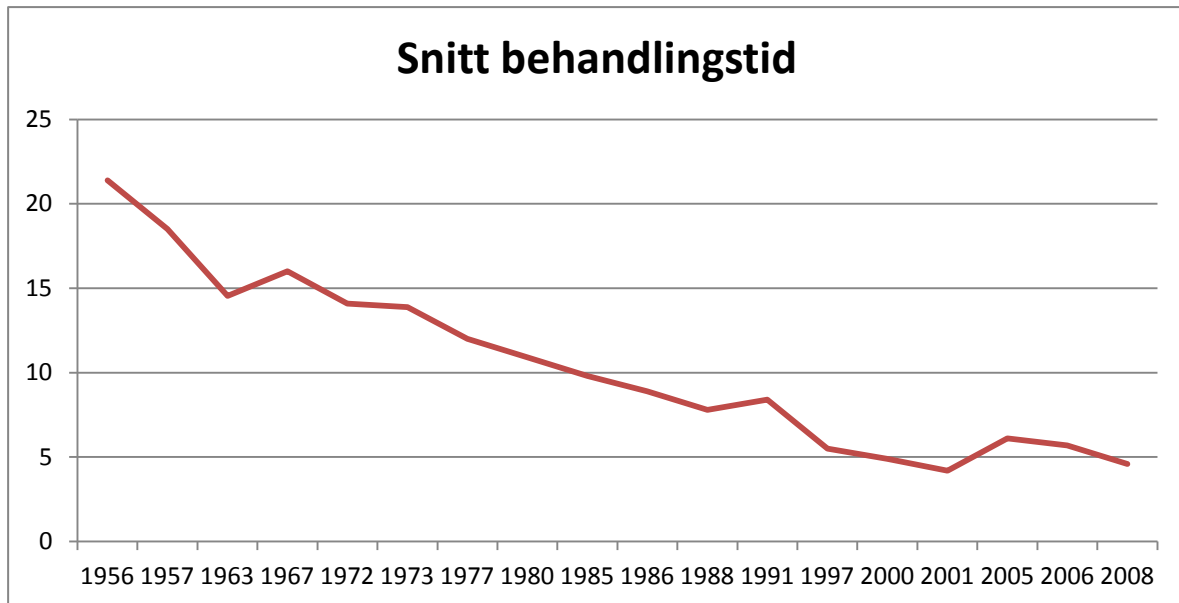
3.6.1 Antall senger



(Kilde: Beretninger Sentralsykehuset Østfold i Fredrikstad og Årsrapport Sykehuset i Østfold 2005)

Figuren viser at veksten i sengetallet stanser tre år inn i 1970-årene og etter årtusenskiftet begynner å gå ned, i første rekke som en følge av den medisinsk-tekniske utvikling: Mer og mer av "sengemedisinen" erstattes av ambulant eller dagbasert medisin. Veksten i sengetallet i 1972 skyldes sammenslåingen av St. Josephs Hospital og Fredrikstad sykehus. Rapportering av antall senger stoppet i 2005, og er ikke et nøkkeltall i dagens rapportering. Dagens rapportering legger, i tråd med den medisinsk-tekniske utvikling, mer vekt på dagpasienter og polikliniske konsultasjoner.

3.6.2 Gjennomsnittlig antall liggedøgn



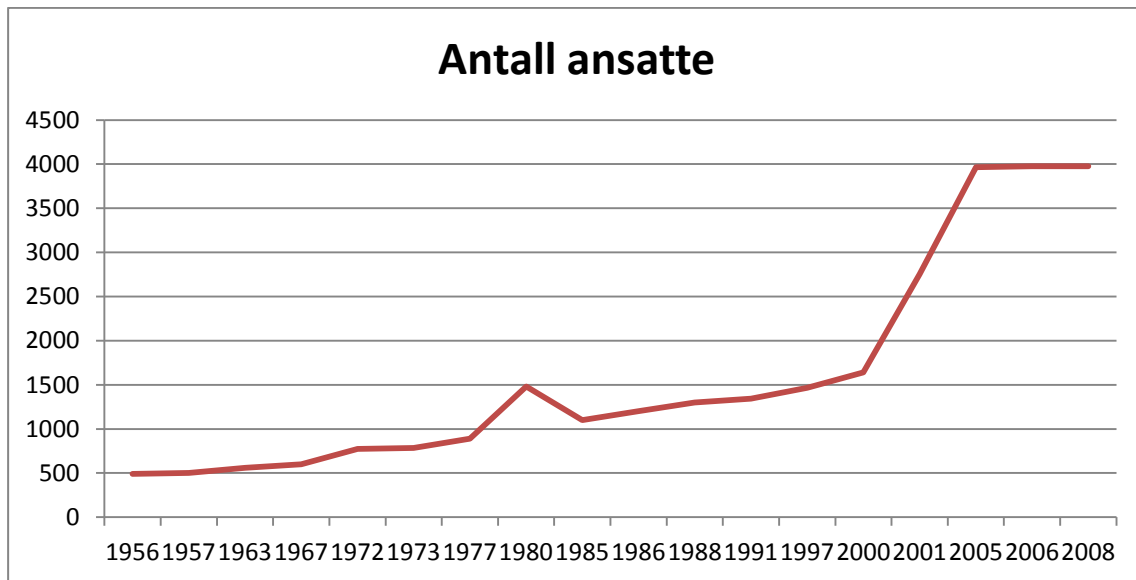
(Kilde: Beretninger Sentralsykehuset i Østfold Fredrikstad og årsrapporter/årsmeldinger)

Med et tilnærmet konstant antall senger, er det to faktorer som forklarer den sterkt økte behandlingsaktiviteten i Fredrikstad.

Gjennomsnittlig behandlingstid (antall liggedøgn) er dramatisk redusert i moderne tid, igjen mye grunnet den medisinsk-tekniske utviklingen. Dette, i kombinasjon med svært høy poliklinisk aktivitet, også i stor grad en funksjon av den medisinske utvikling, medfører at antall behandlede pasienter de siste 50 år er tidoblet.

Den dramatiske økningen i behandlingsaktivitet har medført en svært sterk vekst i antall ansatte.

3.6.3 Antall ansatte



(Kilde: Beretninger Sentralsykehuset i Østfold Fredrikstad og årsmeldinger/årsrapporter)

3.7 Sett fra et ledelsesperspektiv

I 1960-årene skjedde det en stadig vekst ved sykehuset både når det gjaldt behandlingstilbudet for pasientene og bemanningen.

Den egentlige utviklingen mot et moderne sentralsykehus startet i 1968. Det var da Harlem-utvalget la frem sin plan for sykehusstrukturen i Østfold. I siste halvdel av 1970-årene fremsto Sentralsykehuset som en stor og komplisert organisasjon som ble tatt hånd om av stadig flere personellkategorier.

Ledelsesfunksjonen ble mer komplisert, mer krevende og viktigere. Det ble stilt strengere krav til effektivisering, rasjonalisering og ikke minst økonomisering. Ledelse er ikke lenger et venstrehåndsarbeid man kan ta seg av innimellom, men et eget fag, og et fag som er kommet for å bli.

Nedenfor har jeg laget en oversikt over de øverste lederne sykehuset har hatt siden 1956. Oversikten illustrerer den ulike rollen de to profesjonene har hatt. Det er imidlertid ikke på dette nivået den store endringen har skjedd. Den har først og fremst skjedd på avdelingsnivå. Det er også på dette nivå profesjonskampen har kommet til uttrykk.

Administrerende direktør ved Sykehuset Østfold i perioden 1956 til dags dato:

Periode	Navn	Fagbakgrunn
1956-1972	Einar Schie	Lege
1971-1988	Halvard Sæther	Jurist
1988-1994	Hans Olav Almaas	Sykepleier
1994-1998	Eddie Sjøborg	Sivil ingeniør/Økonom
1998-2001	Odd Arild Haugen	Jurist
2001-2007	Ulf Ljungblad	Lege
2007-2008	Leif Kvale	Lege
2008-2009	Irene Dahl Andersen	Sykepleier
2009-dd	Just Ebbesen	Lege

(Kilde: Lys våken i 50 år.)

4 Design og metode

4.1 Design

Et design er en overordnet plan for hvordan en studie skal gjennomføres og målene for den nås. Den sier også noe om tidsaspektet, altså om fremdriftsplanen, samt om hvor data skal hentes fra og hvilken metode for datasamling og databehandling man skal benytte. I tillegg klargjør designet om studien er en beskrivelse av noe i fortiden, eller en redegjørelse for det som kan eller bør skje i fremtiden.

Det er studiens problemstilling som bestemmer hva slags design som velges. Man kan skille mellom eksperimentelle og ikke-eksperimentelle studier. I eksperimentelle studier spiller forskeren en aktiv rolle, mens han i ikke-eksperimentelle studier observerer fenomenet slik det naturlig oppstår uten å intervenere. I denne studien er ikke-eksperimentelt design valgt.

Innen ikke-eksperimentelt design finnes den deskriptive forskningen som har som mål å observere, beskrive, og dokumentere aspekter ved en situasjon. (Polit og Beck 2008, s. 63)

Denne studien er av deskriptiv karakter. Metoden som anvendes er kvalitativ. Studien er basert på andres undersøkelser, særlig historiske sådanne, på dokumentundersøkelser og på intervjuer. Den historiske redegjørelsen jeg har gitt i det foregående har hatt til formål å gi noe av bakgrunnen for den diskusjon om ledelse i sykehus som vi har hatt i nyere tid. En slik bakgrunn er viktig fordi, som vi skal se, historien kaster lange ”skygger”. Den gir premisser for det som skjer videre. Denne historiske redegjørelsen er basert på andres undersøkelser.

Den følgende undersøkelsen har som formål å gi et innblikk av hvordan det, ledelsesmessig, har gått på sykehusene etter iverksettelsen av vedtaket om enhetlig ledelse.

Spesielt vil jeg være opptatt av om, og i så fall hvordan, fagtilknytningen til ledere påvirker deres måte å lede og å forstå ledelse på. Blir de sett på bare som (profesjonsnøytrale) ledere eller blir de også sett på som sykepleiere og leger av dem de leder?

Jeg vil være opptatt av dette, altså fagtilknytningen, som en del av et forsøk på å fortolke, eller forklare, det jeg finner. Fortolkningsmessig vil jeg altså være opptatt av hvordan den nye ledelsesvirkeligheten, representert ved ideen om profesjonell ledelse, skapes i møtet med

fortiden, særlig representert ved fagstyrestradisjonene. Man kunne også si det slik: Jeg er opptatt av hvordan en ny virkelighet skapes gjennom møtet mellom nytt og gammelt.

4.2 Kvalitativ metode

Valg av forskningsmetode er som nevnt avhengig av hva man skal undersøke. Hensikten med denne del av oppgaven gjør at kvalitativ metode er best egnet. Dokumentstudier og intervjuer er valgt som datainnsamlingsmetode.

Med dokumentstudier menes innsamling, behandling og tolkning av sekundærdata. Sekundærdata kan for eksempel være regnskap fra sykehus, årsmeldinger, aviser, politiske taler, tidsskrifter, offentlige dokumenter og andres studier. (Jacobsen 2005)

Gjennom kvalitative intervjuer går man i dybden heller enn i bredden. Det finnes ulike former for kvalitative intervjuer: strukturerte, semistrukturerte og ustrukturerte. I denne oppgaven har jeg benyttet semistrukturerte intervjuer.

Semistrukturerte intervjuer er intervjuer der intervjueren introduserer et emne eller tema og deretter leder en diskusjon ved hjelp av bestemte, på forhånd lagede, spørsmål, gjerne som en intervjuguide. Intervjuguiden, med preformulerte spørsmål og problemstillinger, skal sikre at alle sentrale temaer som intervjueren ønsker svar på, blir berørt. Det er ønskelig å skape en atmosfære der det er naturlig for respondenten å snakke. Det fordrer at den som intervjuer evner å være åpen, skape tillit og være tilstede i situasjonen. Hovedprinsippet i metoden er at den skal sikre at respondentenes opplevelse kommer til uttrykk, uten direkte påvirkning. Målet er å beskrive respondentenes livsverden. Ved å ”prate” med intervjuobjektene vil man få vite hvordan respondentene betrakter de forskjellige temaene. (Kvale 2006 s.1)

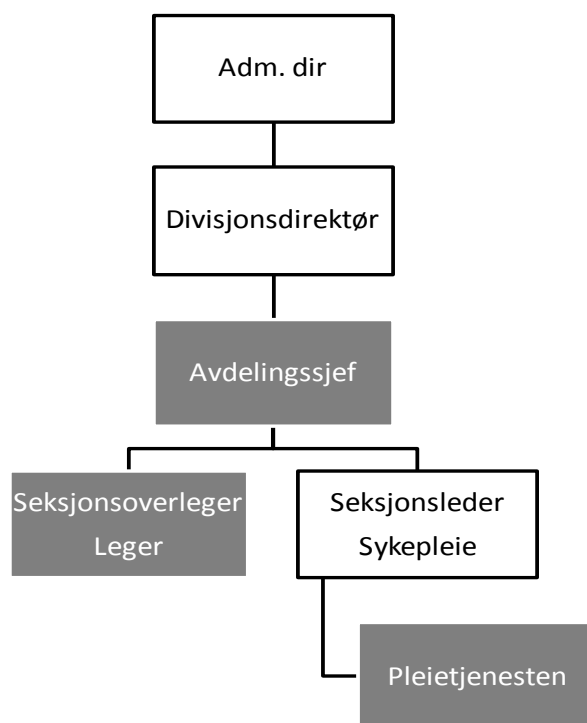
4.3 Gjennomføringen

Intervjuundersøkelsen omfatter fem intervjuer. De ble gjennomført i løpet av sommeren 2011. Tre av respondentene har vært avdelingssjefer med sykepleierbakgrunn. De to siste er en lege og en sykepleier som begge arbeider under en avdelingssjef som er sykepleier. Alle de intervjuede arbeider ved det samme sykehus. Jeg har ikke lagt vekt på ledernes kjønn. Jeg har

sett på avdelingsnivået, både ved å intervjuere ledere og underordnede her, fordi enhetlig ledelse er en reform som først og fremst retter seg mot dette nivået. Når jeg har intervjuet to ”vanlig” avdelingsansatte, skyldes det at jeg ønsket å se om de som jobbet lenger nede i organisasjonen, merket noen forskjell da man gikk fra todelt til enhetlig ledelse og om en lege og en sykepleier erfarte endringen på ulike måter.

Videre valgte jeg bevisst respondenter som hadde lang nok erfaring til å ha opplevd både todelt og enhetlig ledelse. Det ble satt av én til én og en halv time til hvert intervju. Ingen av intervjuene varte dog den avsatte tiden. Etter å ha fått godkjenning av divisjonsdirektøren for å gjennomføre intervjuene ble respondentene kontaktet først pr e-post og siden, for å gjøre endelig avtale, per telefon. De fikk tilsendt den semistrukturerte intervjuguiden på e-post i forkant av intervjuene. Alle intervjuene ble gjennomført i respondentenes arbeidstid og på deres arbeidsplass.

Nedenfor har jeg presentert et forenklet organisasjonskart av den aktuelle organisasjonen. Stabsfunksjoner er ikke tatt med. De skraverte grå boksene er de nivåene jeg valgte respondenter fra.



Jeg var innforstått med at beskrivelsen av oppgaven kunne ha endret seg hvis respondentene hadde andre oppfatninger av de temaene som skulle tas opp, enn det jeg i utgangspunktet hadde forventet.

Samtlige intervjuer ble tatt opp på bånd og transkribert av meg, ordrett. På denne måten sikret jeg intervjuobjektene anonymitet og ble samtidig godt kjent med datamaterialet. Jeg valgte å ta opp intervjuene på bånd for å unngå å gå glipp av informasjon. På denne måten kunne jeg også konsentrere meg fullt og helt om intervjuet. Etter intervjuene ble svarene kodet, eller kategorisert i grupper, under de ulike temaene og spørsmålene som ble tatt opp.

Som grunnlag for fortolkningen av intervjuene har jeg tatt utgangspunkt i to forståelsesformer, selvforståelse og kritisk forståelse basert på sunn fornuft. Med selvforståelse menes intervjuerens forsøk på å formulere det respondenten selv oppfatter som meningen med sine uttalelser. Kritisk forståelse basert på sunn fornuft innebærer at funnene knyttes til en mer allmenn forståelse. (Kvale og Brinkmann 2009)

4.4 Vurdering av datamaterialet

Begrepene reliabilitet, validitet og generalisering betegnes som en metodologisk ”treenighet”. (Kvale 2006) I enhver undersøkelse er høy reliabilitet og høy validitet et mål.

At en undersøkelse er preget av høy reliabilitet, eller pålitelighet, innebærer at de data, eller den informasjon den baserer seg på, er samlet inn på en måte som gjør at man kan stole på dataene, eller informasjonen. De skal være uttrykk for virkeligheten som studeres, og i minst mulig grad være påvirket av måten dataene er samlet inn på, eller av den som har samlet dem inn, for eksempel en intervjuer. Dette innebærer for eksempel at andre som bruker den samme intervjuguiden som jeg bruker, skal komme frem til samme resultater som meg. Dette er også grunnen til at antall respondenter er begrenset. Etter å ha gjennomført intervjuene opplevde jeg at resultatene stort sett hadde de samme likhetstrekkene. Det var noen nyanser når respondentene kom fra forskjellige divisjoner, ellers var det i store trekk de samme svarene. Jeg opplevde å ha fått den variasjonen i materialet som jeg anså som viktig. Etter min mening kunne jeg da stole på funnene.

At en undersøkelse er preget av høy validitet, eller gyldighet, innebærer at forskeren, gjennom de metoder hun har valgt å bruke, får mest mulig kunnskap om det hun har til hensikt å få kunnskap om (og ikke noe annet).

I denne undersøkelsen gjelder validitetsspørsmålet om de spørsmål jeg stiller til dem jeg intervjuer, enten de fremgår av intervjuguiden eller de er (friere) oppfølgingsspørsmål jeg stiller, gir meg tilgang til de holdninger (hos respondentene) jeg er opptatt av å kartlegge. Undersøkelsens validitet er dermed ikke bare avhengig av mine spørsmål og oppfølgingsspørsmål, og måten jeg stiller dem på, men også av hvordan mine intervjuobjekter oppfatter dem, hvordan de så svarer og endelig hvordan jeg hører og fortolker deres svar. Det viktigste grunnlaget for å bedømme undersøkelsens validitet, er samtalene selv – altså det inntrykk jeg fikk av hvor vellykket samtalen ble. Jeg stilte spørsmål om forhold som har vært diskutert ivrig i flere tiår og som mine intervjuobjekter hadde gjennomtenkte oppfatninger om. Jeg har også selv i mange år tilhørt det miljø hvor denne diskusjonen har foregått og har derfor et godt grunnlag for å forstå de budskap mine intervjuobjekter gir uttrykk for. Samtalene gikk da også svært greit, slik jeg vurderer det.

Generalisering handler om overførbarhet. I hverdagslivet generaliserer vi mer eller mindre spontant. Ut fra vår erfaring med en situasjon eller person forutser vi nye hendelser. Er kunnskapen man har kommet frem til gyldig i andre situasjoner og for andre personer? Er det sannsynlig at funnene forskeren gjør kan overføres til andre i samme situasjon? (Kvale2006)

Jeg valgte bevisst respondenter fra forskjellige divisjoner for å sikre at funnene kunne generaliseres i hele organisasjonen i dette sykehuset. Jeg finner det rimelig å forvente lignende erfaringer ved andre sykehus av samme størrelse og utforming, spesielt der hvor innføringsprosessen har vært lik, dog selvfølgelig med andre lokale variasjoner. Men siden mitt utvalg av intervjuobjekter er så lite, kan jeg ikke legitimt uttale meg om situasjonen generelt. Jeg får indikasjoner på hvordan holdningene generelt er, ikke bevis.

4.5 Etikk

En intervjuundersøkelse kan også ses på som en moralsk ladet undersøkelse. Den personlige interaksjonen som skjer i intervjusituasjonen påvirker den intervjuede, og kunnskapen som produseres i intervjuet påvirker vårt syn på menneskets situasjon. (Kvale 2006) Også en dokumentundersøkelse har en etisk side, for så vidt som den påvirker noen, kanskje manges, ettermæle.

Det er tre typer etiske regler for forskning på personer. De gjelder det informerte samtykke, konfidensialitet og konsekvenser.

Det informerte samtykke innebærer at intervjueren får intervjupersonen til å delta på frivillig basis, og opplyser om at personen kan trekke seg når som helst. Dette ble ivarettatt da de fikk tilsendt min e-post.

Konfidensialitet i forskning medfører at man ikke offentliggjør personlige data som kan avsløre intervjupersonens identitet, med mindre dette er avtalt med intervjupersonen. Jeg presenterer ikke data slik at noen kan kjennes igjen. Siden jeg selv stod for transkriberingen av intervjuene, vet jeg at ingen andre kan spre informasjon gitt i intervjuene.

Konsekvenser av en intervjustudie bør vurderes med hensyn til mulig skade som kan påføres intervjupersonene. Det gjelder ikke bare for de personene som deltar i studien, men også den større gruppen de representerer. (Kvale 2006)

I denne oppgaven søkte jeg om å få gjennomføre de aktuelle intervjuene etter sykehusets prosedyre og fikk dette godkjent. Temaene til det semistrukturerte intervjuet ble som nevnt tidligere sendt til de respondentene som hadde sagt seg villig til å delta. De ble forespurt på forhånd via e-post og de hadde mulighet til å trekke seg hvis de måtte ønske det. Det ble ikke opprettet noe register som setter konfidensialiteten i fare. All dokumentasjon fra intervjuene ble makulert etter at oppgaven var ferdig skrevet. Alle de intervjuede refereres til som ”han” for å unngå at kjønn blir en mulig identifiseringsfaktor.

5 Teoretisk ramme

5.1 Fra todelt til enhetlig ledelse

Sykehusene bar tidligere preg av å være enkle å styre. De var hierarkisk oppbygget og hierarkisk styrt med overlegen på toppen. Etter krigen vokste sykehusene seg etter hvert større og ble mer komplekse å styre; dette er nevnt tidligere i oppgaven.

Denne veksten fører naturlig nok med seg helt andre krav til ledelse og administrasjon. Det utvikles et behov for en mer profesjonell ledelse. Parallelt med denne utviklingen fikk politiske myndigheter større innflytelse, økonomi og inntjenning fikk en mer fremtredende plass og eierskap til sykehusene ble et tema.

I takt med veksten i spesialiteter ble den enkeltes lege autoritet som leder svekket. Når autoritet var faglig basert gjorde den økte spesialiseringen at legelederen mistet en del av sin autoritet ikke bare overfor leger med andre spesialiteter, men også overfor leger med annen subspecialitet (innen lederens spesialitet).

Sykepleierne hadde, som nevnt tidligere i oppgaven, fra tidlig av satset på administrasjon og ledelse. Det hadde de, både gjennom å gå inn i lederstillinger og gjennom egen lederutdanning.

Dette førte til to forholdsvis autonome hierarkier i sykehuset. Det ble en todelt ledelse på avdelingsnivå. I Steineutvalgets innstilling står det følgende om todelt ledelse:

Den enhetlige todelte ledelse baserer seg på avdelingsledelse gjennom to personer, avdelingsoverlegen og oversykepleieren. Disse anses som enhetlig ansvarlig for avdelingens drift, dens administrasjon, budsjettansvar og resultater. Det medisinske faglige ansvar ligger hos avdelingsoverlegen alene. (NOU 1997:2,s.53)

Steine-utvalgets innstilling, presentert i NOU 1997:2 ”Pasienten først”, kommer jeg nærmere tilbake til.

Denne enhetlige todelte ledelsen gav opphav til uklarheter i ansvar og myndighetsforhold og førte til at det oppstod uformelle påvirkningskanaler. Profesjonalisering av ledelse ble svaret på dette og banet slik vei for den enhetlige, eller enpersonlige, ledelsesmodell i sykehus.

Innføringen av enhetlig ledelse innebærer at det skal være én ansvarlig leder for hver organisatorisk enhet. Dette skulle bidra til klarere linjer og ansvarsforhold da hver enhet fikk et selvstendig ansvar for sine resultater. Dette skulle også bidra til å profesjonalisere ledelsen. Det skulle legges vekt på så vel lederutdanning og ledererfaring som personlig egnethet ved lederansettelser. (Johansen 2005)

Denne endringen i ledelsespolitikken i helsevesenet kan ses på som en del av en bredere endringsprosess, særlig siden slutten av 1980-årene, hva gjelder offentlig styring og ledelse, en endringsprosess som gjerne omtales som ”ny offentlig ledelse” eller ”New Public Management”.

5.2 New Public Management (NPM)

“New Public Management” er en sekkebetegnelse som har vært benyttet for å beskrive en rekke reformer og tiltak innenfor offentlig sektor siden 1980-tallet. Formålet med den nye formen for offentlig ledelse har spesielt vært å kostnadseffektivisere offentlig forvaltning gjennom avbyråkratisering og rasjonalisering, samt bruk av økonomiske incitamenter. (Wikipedia)

Sentralt bak innføringen av NPM har stått den oppfatning (”diagnose”) at offentlig sektor er stivbeint, ineffektiv, uøkonomisk og preget av særinteresser, og derfor at offentlig sektor har et behov for modernisering og effektivisering. Bekymring over en rask utgiftsvekst til de fleste av velferdsstatens programmer, en bekymring som for alvor begynte å melde seg etter det første oljesjokket høsten 1973, er en viktig grunn til innføringen av ny offentlig ledelse.

Den nye ledelsen innebærer at offentlige institusjoner ses på som tjenesteytende institusjoner, altså som en slags bedrifter, og dermed også at befolkningen forstås som de ulike institusjoners brukere eller kunder. At brukerne av helsetjenester, altså pasientene, gradvis har blitt mer velinformerte sådanne, har gjort det enda mer aktuelt å se slik, altså forretningsmessig, på de offentlige institusjoner. (Dalby 2005)

Samlet kan vi si at NPM har lagt vekt på følgende to trender. For det første kommer det en strammere styring ovenfra, altså en profesjonell ledelse, basert på resultatansvar og resultatoppfølging. For det andre har vi et ”marked” som virker nedenfra og opp, for eksempel gjennom brukermedvirkning og konkurranseutsetting, som poengtert nedenfor:

- Brukermedvirkning, innflytelse og rettigheter.
Mange pasienter/brukere ønsker å ta del i beslutningsprosessene vedrørende sin behandling, og blir mer bevisst sine rettigheter. Det gir nå lovgivningen dem anledning til; kfr. pasientrettighetsloven av 1999 og helsepersonelloven av 1999 (1999-07-02nr. 63 og nr. 64). Pasienter/brukere influerer i dag også på en annen måte på beslutningsprosesser i helsetjenesten mer generelt, nemlig gjennom store og mindre pasienttilfredshetsundersøkelser.
- Konkurranseskponering og økonomi i det offentlige.
Konkurranseskponering fikk vi med fritt sykehusvalg og gjennom bruken av avtaler med private leverandører. Konkurranseskponering kan gi pasienter øket innflytelse for så vidt som deres valg av sykehus kan påvirke hvor godt sykehusene gjør det og dermed også hvordan myndighetene, blant annet som kontraktstyrere, forholder seg overfor dem i neste omgang. Etter hvert som man får flere kvalitetsindikatorer for sykehus kan pasientene gjøre mer informerte valg og slik influere på en mer treffsikker måte. Jo flere pasienter som blir aktive ”velgere” jo mer må sykehusene forsøke å rette seg etter dem.
- Ledelse, organisasjonsutvikling og eierskap.
I løpet av de siste 10-15 år har en mer profesjonell ledelse blitt innført. Gjennom etableringen av helseforetakene i 2002 ble det gjort et tydeligere skille mellom politisk styring og ansvar på den ene siden og profesjonell ledelsesutøvelse på den andre siden. Det ble markert ved at sykehusene fikk ”upolitiske” styrer, at direktørene for RHFene ble utnevnt av disse styrene, at direktørene på HFene ble utnevnt av deres profesjonelle styrer og ved at ledelsen videre nedover i sykehusene ble basert på prinsippet om enhetlig, profesjonsnøytral ledelse. Det ble videre markert ved at lederne på de utøvende nivåene fikk stor frihet som ledere, men innen rammen av mer tydelige, målorienterte oppdrag. Sykehusene ble altså nå foretak, eller bedrifter, skjønt ikke helt ut bedrifter. De ble ikke gjort til aksjeselskaper. Helseforetakene skulle ikke kunne gå konkurs. (Dalby 2005)

5.2.1 Strategisk ledelse og teamledelse

NPM innebærer at den som er best egnet til å lede er den som bør lede. I dette ligger det også at lederskapet skal være profesjonsnøytralt. Det forutsettes videre at det ikke er noen forskjell på hva som skal ledes, verken type organisasjon eller avdeling. Det blir på denne måten skapt grunnlag for andre typer ledere enn dem man tradisjonelt har hatt ved sykehus.

Strategisk ledelse og teamledelse er to ledelsesformer som ofte nevnes av mine respondenter som gode, moderne ledelsesformer.

Ordet strategi har sitt opphav i den militære verden. Det greske ordet *strategia* betyr feltherrekunst, og *strategos* betyr hærfører. (Bakka, Fivelsdal og Nordhaug 2004) Strategisk ledelse tar utgangspunkt i en forståelse av virksomhetens målsetning og visjoner. Ut fra disse må så lederen (ledelsen) gjøre strategiske valg, altså peke ut hovedveiene for å nå målene og realisere visjonene. Lederen må så være i stand til å omsette strategien til handlinger slik at organisasjonen går i riktig retning. (Bakka, Fivelsdal og Nordhaug 2004)

Strategisk ledelse har i nyere tid blitt stadig mer radikal: Den går ikke bare ut på å lage en plan for driften på lang sikt, men også for, nesten løpende, å endre driften. Det er derfor det i dag legges slik vekt på omstillinger, omorganiseringer, nytenkning og innovasjon. Ofte legges det så mye vekt på de løpende omstillinger at det går utover den løpende drift; kfr. de mange sykehussammenslåinger (på tvers av geografien) etter sykehusreformen i 2002.

Teamledelse representerer tilsynelatende et avvik fra vanlig ny offentlig ledelse, for så vidt som den innebærer en kollektivisering av lederskapet. Kollektiviseringen behøver imidlertid ikke være fullstendig. Ofte tales det om teamledelse der flere deltar i vurderingen av hvordan det skal ledes, men hvor én leder i siste instans fatter beslutningen og er ansvarlig for den. Det er vanligvis slik teamledelse forstås i sykehus. Teamledelse brukes da gjerne fordi beslutningene som skal fattes er komplekse og krever innsikt av mange slag, noe én person sjelden har. Det er slik teamledelse som er praktisert i sykehus etter at det ble påbudt med enhetlig ledelse. Den mer ambisiøse, og helt teambaserte, ledelse, praktiseres ikke i noen norske sykehus i dag. Det bør føyes til at den mer betingede teamledelsen som praktiseres i sykehus i dag også representerer en slags videreføring av den gamle todelte, eller enhetlig todelte (og for så vidt teambaserte), fagledelsen.

5.3 NOU 1997:2 "Pasienten først"

Sosial- og helsedepartementet satte i brev av 29.april 1996 ned et utvalg for å utrede spørsmålet om organisasjons- og ledelsesforhold internt i sykehus.

Utvalget ble gitt følgende mandat: "kartlegge de viktigste problemene ved dagens organisasjons- og ledelsesstruktur i sykehus og foreslå tiltak som kan bidra til forbedring av disse funksjonene."

Utvalget besto av 15 medlemmer fra ulike deler av norsk helsevesen. Det ble ledet av Vidar Oma Steine. Sosial- og helsedepartementet har i et bakgrunnsnotat for mandatet presisert at Stortingets vedtak av 21. november 1995 skal legges til grunn for utvalgets arbeid. Det skal være enhetlig ledelsesansvar. Alle som skal utøve ledelse må ha administrativ ledelseskompetanse, og det skal være klare ansvarslinjer slik at den som innehar det medisinsk faglige ansvar også har nødvendig myndighet.

Det kommer en presisering til dette vedtaket 9. januar 1996 som lyder som følger:

"Lederansvaret skal på et sykehus på ulike nivåer kunne henføres til en ansvarlig leder. Vedkommende skal være den best kvalifiserte person i forhold til faglige og administrative kriterier. Hvorledes relevante kriterier skal vektlegges, må avveies i forhold til den konkrete situasjon ved den enkelte virksomhet "

Her ligger det en del føringer, blant annet at ansvaret skal knyttes til én person. Det forutsettes ikke at ledere skal være leger, men det stilles krav til at den som ansettes skal være den best faglig kvalifiserte og ha administrativ ledelseskompetanse.

5.3.1 Ledelse og enhetlig ledelse i Steineutvalget

Ledelse er et kontroversielt tema i sykehus. Det som er omdiskutert er hvem som skal inneha lederstillinger, spesielt på avdelingsnivå. Steine-utvalget påpeker dog at spørsmålet om ledelse ikke bare handler om struktur, men også om ansattes holdninger i sykehus.

Bakgrunnen for den todelte ledelsen er å finne i legenes og sykepleiernes ulike historier og tradisjoner, som jeg har vist tidligere i oppgaven.

Kritikken mot den todelte ledelsen er at den skapte ansvarsmessige uklarheter. Fra legehold hevdes det at pasientens opphold ved et sykehus skyldes at pasienten har behov for medisinsk faglig vurdering og behandling. All annen virksomhet vil kun være avledet av den medisinske virksomheten. Følgelig bør all virksomhet underlegges avdelingsoverlegenes ansvarsområde. Fra sykepleiehold hevdes det at det i tillegg til avledede oppgaver fra legetjenesten utføres oppgaver som er av en selvstendig sykepleiefaglig karakter, og at administrasjon og ledelse av sykepleietjenesten kan og bør ledes av en sykepleier, med alt personal-, budsjett- og driftansvar.

Utvalget understreker at det store ansvaret som hviler på den enhetlige ledelse er å sikre at kompetent fagpersonell samarbeider om det som er pasientens behov. Det fremholder imidlertid at ivaretagelse av alle profesjonenes yrkesstolthet, at yrkesgruppene viser respekt for hverandre og at alle får anledning til faglig og personlig utvikling, også er et lederansvar.

I følge Steineutvalget inneholder den enhetlige lederrollen følgende tre elementer:

- Administrasjon, som innebærer å føre tilsyn med at de oppgaver som skal utføres, utføres i henhold til lover, regler og instruksjoner som er knyttet til stillingen.
- Ledelse, som handler om å sette mål for virksomheten, samt å identifisere og beslutte hvilke strategier man skal bruke for at målene skal nås.
- Lederskap, som handler om å utvikle visjoner for virksomheten som sikrer forankring av strategiene og fellesskap om organisasjonens mål. (NOU 1997:2:124)

Utvalget stiller tre krav til den som skal ha en lederstilling:

- Personlige egenskaper og egnethet anses å være et absolutt krav.
- Relevant ledererfaring stilles det store krav til, spesielt ved manglende formell kompetanse.
- Formell ledelseskompentanse i form av gjennomført utdanning på universitets- eller høgskolenivå, med bestått eksamen, er et viktig, men ikke absolutt, krav.

Utvalget understreker videre at den som skal bli leder må kunne vise evne til å motivere medarbeidere, sette felles mål, identifisere utviklingsbehov, initiere nødvendige

endringsprosesser og koordinere ressursbruken på en hensiktsmessig måte. Det viktigste er derfor å finne riktig person, ikke en person med en bestemt profesjonstilknytning. (NOU 1997: 2: 153)

Steineutvalget kommer til slutt frem med en anbefaling i ni punkter.

1. På alle nivå i sykehus må det være én person som er leder.
2. Det bør gjøres bruk av tverrfaglige ledergrupper som en del av avdelingsledelsesfunksjonen.
3. Toppledere bør gis beslutningsmyndighet til å utforme kravene til avdelingslederstillingene og til å vurdere de aktuelle søkeres samlede ledelseskompetanse.

På de neste punktene gir utvalget uttrykk for hva som bør vektlegges ved valg av avdelingsleder.

4. Det må stilles krav til at avdelingslederen skal ha reell ledelseskompetanse (de tre kriteriene nevnt ovenfor). Faglige kvalifikasjoner kan uansett ikke kompensere for manglende reell ledelseskompetanse.
5. Det er et minimumskrav at avdelingslederen for en avdeling som driver pasientrettet arbeid skal ha relevant helsefaglig kompetanse.
6. Dersom avdelingslederen selv ikke har medisinskfaglig kompetanse må det medisinskfaglige faglige ansvaret plasseres hos en annen som har slik kompetanse. Den som innehar slik kompetanse må også ha nødvendig myndighet.
7. Utvalget var delt i to i synet på hvor stor vekt som skulle legges på relevant medisinskfaglig kompetanse. Halvparten mente at det er opp til toppledelsen å vurdere dette, mens den andre halvparten mente at dette måtte det legges stor, formelt sikret, vekt på.
8. Utvalget var også delt i synet på åremål; flertallet gikk dog inn for åremål.

9. Også med hensyn til forskriftsfesting delte utvalget seg. Flertallet støttet forskriftsfesting av at det skulle være enhetlig ledelse, mens mindretallet ville overlate spørsmålet om ledelsesform til eieren. Eieren var den gang fylkeskommunen.

5.3.2 Noen umiddelbare virkninger av Steine- utvalgets innstilling

Det ble gjort en del endringer på sykehusene på bakgrunn av utvalgets innstilling. Endringene kom både når det gjaldt organisasjon og ledelse. Det ble lagt vekt på å bruke fagfolkenes kompetanse til pasientens beste, og heller utvide bruken av støttefunksjoner. Det ble understreket at faglig kompetanse alene ikke er nok og at det er nødvendig med relevant helsefaglig kompetanse for ledere i kliniske avdelinger. Det ble videre fremhevet at ren økonomisk-administrativ bakgrunn heller ikke kan være tilstrekkelig for å inneha lederstillinger i helsevesenet.

5.4 Utvalgets innstilling ble også viktig da de nye helselovene trådte i kraft i 2001. Flere paragrafer omhandlet ledelse i sykehus. Spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven

Jeg ser her nærmere på lovverket og retter oppmerksomheten mot de delene som omhandler ledelse.

5.4.1 Spesialisthelsetjenesteloven

Sykehusets oppgaver er i følge § 3-8 å ivareta hensynet til følgende oppgaver:

”pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.”

§ 2-2 understreker plikten om at oppgavene skal utføres på en forsvarlig måte:

”Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.”

Så lenge kravet til forsvarlig omsorg og drift og øvrige krav fastsatt i loven oppfylles, er det opp til eieren å bestemme hvordan sykehuset skal organiseres. Det som er presisert i loven er at ansvarsforhold og ansvarslinjer skal være klare og at ansvar og myndighet er plassert på bestemte steder. Selv om spesialisthelsetjenesteloven er en profesjonsnøytral lov, har den en paragraf hvor eier kan stille krav til hvilke kvalifikasjoner ledere på ulike nivåer skal ha.

§ 3-9. Ledelse i sykehus

”Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.”

Loven åpner altså for at det kan stilles bestemte krav til for eksempel medisinskfaglig bakgrunn. Eier og ledelse av sykehus gis altså her mulighet til fritt å vurdere hvilke kvalifikasjoner det er nødvendig at lederen skal ha. Det understrekes dog at det kun skal være én leder og at denne skal ha totalansvaret for den enheten vedkommende skal lede. Det fremkommer også at kliniske avdelinger som ledes av en som ikke er spesialist på faget, eller er lege, bør ha en medisinskfaglig rådgiver.

Hvis kravet til forsvarlighet nødvendiggjør dette, skal altså en medisinskfaglig rådgiver utpekes. Lederen kan selvfølgelig rådføre seg med sine underordnede som har den aktuelle, for eksempel medisinske, kompetanse, uten at det må formalisere i en rådgiverrolle. Hvis det allikevel blir opprettet en medisinsk faglig rådgiverstilling skal innehaveren av denne ikke ha beslutningsmyndighet. Han eller hun skal organiseres i stab til lederen. Tanken er at ledere som ikke har medisinsk faglig kompetanse skal få faglige innspill som grunnlag for beslutninger fra en rådgiver som selv ikke har det formelle lederansvar. Vedkommende skal allikevel ha det faglige ansvaret og være gitt tilstrekkelig med myndighet til utføre sine oppgaver. Her kan det oppstå gråsoner. Man kan se bestemmelsen om denne rådgiveren som en konsesjon til det gamle medisinske fagstyre. Selv om denne rådgiveren bare er rådgiver, skal vedkommende også kunne sette foten ned hvis han/hun mener forsvarligheten er truet. Rådgiveren får da i realiteten en myndighetsrolle.

5.4.2 Helsepersonelloven

I helsepersonelloven er kravet om at det skal opptres forsvarlig, sentralt.

§ 4. Forsvarlighet

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig.”

I tredje avsnitt heter det: *” Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål ”*

Forsvarlighetskravet setter grenser for hva helsepersonell kan gi av helsehjelp. Det innebærer at personell ikke skal gå ut over sine kvalifikasjoner. (Befring og Ohnstad 2001)

Til tross for at det er en felles lov for helsepersonell, er ikke alle profesjonene sidestilt. Klinikere kan i kraft av å være klinikere fatte selvstendige beslutninger. Av tredje avsnitt følger det at ingen leder kan gripe inn i, eller endre beslutninger, som er tatt i forbindelse med undersøkelse og behandling av enkeltpasienter.

Arbeidsgivere må derfor organisatorisk legge til rette for at helsepersonell kan opptre i samsvar med sine plikter. § 16 regulerer de organisatoriske rammer rundt helsepersonells virksomhet.

§ 16. Organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll

”Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.”

Dette innebærer at sykehusenes ledelse og eier må ansette ledere som sørger for at lovkravene overholdes. Helsepersonell har ansvar for sin profesjonelle yrkesutøvelse, samtidig som de er underordnet sykehusledelsen. Lederen må således være varsom med å fatte beslutninger som innebærer instruksjon i faglige spørsmål som vedkommende ikke har kompetanse på.

Lovgivningen er således noe spenningsfylt. Bestemmelsen er ny i sin utforming, men er egentlig en videreføring av formålet i den ”gamle”, opphevede legeloven av 1980. I lov om leger av 13. juni 1980, § 16 het det:

”legers virksomhet skal organiseres i slike former at den er medisinsk forsvarlig, og slik at legen er selvstendig og uavhengig overfor andre i medisinsk faglige spørsmål”

Formålet med legeloven av 1980 §16 var å forhindre virksomhet som gjorde at leger lot økonomiske hensyn gå foran hensynet til forsvarlig pasientbehandling. Legene skulle heller ikke være forpliktet til å rette seg etter uforsvarlige instruksjoner fra en arbeidsgiver. (Befring og Ohnstad 2001)

I Helsepersonelloven er forsvarlighetskravet rettet til alle helsepersonellgrupper. Man har således tatt vare på fagstyret, bare i en mer generell form. Bestemmelsen trekker en grense mellom systemansvar og helsepersonells ansvar. Alle klinikere er således underordnet sin leder, uansett profesjon. Samtidig er de direkte underordnet lovgiveren, og kan derfor i visse tilfeller nekte å følge en leders påbud.

5.5 Sykepleie- og legeledelse sett fra et generelt ledelsesperspektiv

Vi har sett at den todelte ledelse førte til to delvis autonome faghierarkier i sykehuset. Jeg skal nå se nærmere på hvordan legene og sykepleierne tolker sin lederrolle under det nye, integrerte ledelsesregime.

Legene har alltid hatt, og har fremdeles i noen grad, en unik posisjon i sykehusene. Dette gjelder enten de sitter i lederstillinger eller jobber i klinikken. Gjennom pasientbehandlingen og diagnostikken er det legene som blir premissleverandører for de andre yrkesgruppers tjenester. Deres profesjon har monopol på stillinger og funksjoner som ikke kan utføres av andre. Deres medisinskfaglige ansvar er også, som nevnt tidligere, lovregulert. Denne selvstendige posisjonen begrenser fremdeles i noen grad andre yrkesgruppers mulighet for å kunne utøve ledelse over dem. (Norman 2001)

Ledere som er leger bruker fremdeles mye av sin tid til pasientrettet arbeid. Det gjør de fordi de ønsker det selv. Pasientene, og det faglige arbeidet med dem, er grunnen til at de ble leger. Følgende uttalelse, gitt i et intervju i Dagens Medisin, sier noe om dette:

”Jeg vil ikke bruke hele min tid på administrasjon. Dette kan føre til at jeg fjerner meg for mye fra legerollen. Jeg tror ikke mange leger ønsker det. Av natur er vi opptatt av å behandle pasienter.” (Griegel, 06/1999, i Dagens Medisin)

I samme nummer av Dagens Medisin gir daværende legepresident Hans Petter Aarseth uttrykk for at fremragende sykehusledere rundt om i verden også er fremragende klinikere og at det ikke er noe motsetning i dette:

”Vårt prinsipielle standpunkt er at avdelingsoverleger skal bruke tilstrekkelig tid på ledelse, men de bør ha en fot i klinikken. Det er viktig å opprettholde kontakten med pasientene og faget for ikke å miste autoritet innen legegruppen.” (Aarseth, 06/1999 i Dagens Medisin)

Legenes sterke fagligkliniske tilhørighet gjør deres lederrolle noe komplisert. I spesielt vanskelige økonomiske prioriteringsspmål, hvor legene kan komme i konflikt med de etiske forpliktelser de har som lege, blir deres lederrolle satt på prøve. Spesielt blir den det hvis de leder flere spesialiteter. De kan da lett komme i den situasjon at de enten favoriserer

eller ”svikter” sin egen spesialitet. Opplevelsen av å miste respekt og autoritet innad i egen gruppe er for mange legeledere skremmende.

Legene har tradisjonelt forstått ledelse ut fra prinsippet om faglig ledelse. I stor grad gjør de fortsatt det, selv om bildet etter hvert er blitt mer nyansert. Den tradisjonelle oppfatningen går ut på at lojaliteten er knyttet til profesjonen og det faglige spesialiseringsfeltet. Gjennom sin lange utdanning har leger, og legespesialister, investert mye i faget, så mye at faget er blitt en del av deres identitet. Fagorienteringen og lojaliteten blir derfor naturlig nok sterk, og det å ”forlate” faget, og investeringene, koster mye. I dette henseende adskiller legene seg noe fra sykepleierne. De har investert mindre tid i sin utdanning og har brukt mindre tid på å gå inn i en bestemt gren av faget. Snarere har mange etter hvert begynt å se på faget nesten som et ledelses- eller organiseringsfag. Å gå inn i ledelse har derfor for sykepleierne ikke vært å forlate faget. Det har snarere vært en måte å gå videre i faget på.

Det kan, i tråd med det jeg har sagt, virke som om leger opplever sin lederrolle som noe midlertidig. De skal hele tiden ”tilbake” til faget. I den sammenheng kan også belønningssystemene forsterke legenes tradisjonelle holdning: Å gjøre klinisk medisinsk karriere har både gitt høyere status og bedre økonomisk uttelling. Det er til dels slik fortsatt. Legene må altså stadig (i noen grad) ”ofre” noe for å bli ledere. (Johansen 2005)

Sykepleiere har, som vi har sett, tradisjonelt hatt mer erfaring med, og mer interesse for, ledelse og administrasjon enn leger. De har vært opptatt av å kartlegge behov for sykepleie, planlegge pleievirksomheten og av å ha personalansvar for pleietjenesten. (Normann 2001)

For sykepleierne har det derfor vært naturligere å forstå ledelse ut fra prinsippene om profesjonell ledelse. De har forholdt seg, og forholder seg stadig, til ledelse som et eget fag. Mange sykepleiere identifiserer seg derfor sterkere med sykehusets visjoner og avdelingenes målsetning enn med den profesjonsgruppen de kommer fra.

I tråd med dette, ser sykepleierne på lederstillinger som permanente stillinger. De skal ikke ”tilbake” til sykepleien, snevert forstått. De ønsker å forbli i ledelse. For dem er det naturlig å gå fra praktisk sykepleie til ledende sykepleie og endelig til ledelse mer allment. Denne innstillingen forsterkes av at det for sykepleiere finnes få andre karriereveier som gir like mye status eller like mye økonomisk uttelling. Det å gå tilbake til en sykepleiestilling vil ha store

negative økonomiske og statusmessige konsekvenser for en sykepleier som er leder.
(Johansen 2005)

På mange måter kan man si at sykepleieledere har utviklet seg i motsatt retning av legeledere, siden de har satset mer på personelledelse og driftsspørsmål enn på fag. Mens legene har vært redde for å "miste" sitt fag, har sykepleierne nesten "flyktet" fra faget.

Enhetlig ledelse innebærer i prinsippet at ledelse skal være ensartet. Gitt historien, er det imidlertid grunn til å tro at for eksempel leger og sykepleiere vil lede nokså forskjellig. Det vil altså kunne spille en rolle om det er en lege eller en sykepleier som blir leder for en avdeling, uavhengig av legens og sykepleierens personlige egenskaper, formelle lederutdanning og praktiske ledererfaring. Dette kan igjen føre til at sykehusene vil få ulike ledelsesformer på avdelingene alt etter hvilken profesjonsbakgrunn lederen har.

6 Resultater og funn fra intervjuundersøkelsen

6.1 Presentasjon av funn

I det følgende kapittelet presenteres funnene fra undersøkelsen. Analyse av intervjuene er gjort uten tekniske hjelpemidler. Det transkriberte materialet ble gjennomlest og teksten markert ut fra det jeg anså som hovedtemaer i studien. Da jeg selv hadde stått for transkriberingen, hadde jeg allerede en formening om mine intervjuobjekters hovedsynspunkter.

Den vanligste måten å presentere funnene fra en intervjuundersøkelse på, er ved å bruke utvalgte sitater. Sitatene er fragmenter av en omfattende intervjukontekst. Det vil derfor være nyttig å presentere sitatets intervjukontekst, sammen med spørsmålet som fremkalte det aktuelle svaret. (Kvale og Brinkmann 2009)

Noen utsagn er blitt såkalt meningsfortettet. Det innebærer at respondentens utsagn er blitt konsentrert til kortere formuleringer, men innenfor rammen av respondentens forståelse og språk. Da det av og til kan være av betydning for forståelsen å vite om sitatene kommer fra en avdelingssjef, en sykepleier eller en lege, har jeg tydeliggjort dette ved hvert sitat.

Utsagn som innholdsmessig hører sammen er deretter blitt koblet, slik at intervjuutsagnene fremstår som tydelig tematisk inndelt.

Jeg har tatt utgangspunkt i spørsmål fra intervjuguiden, spørsmål alle respondentene har svart på. Hele intervjuguiden legges ved som vedlegg.

Spørsmål 1. Kan du beskrive hvordan lederstrukturen ser ut ved din avdeling, formelt og reelt i dag? Varierer strukturen i personellmessige saker, økonomiske og helsefaglige saker?

Respondentene tar umiddelbart tak i siste del av spørsmålet, helsefaglige saker. Når det gjelder økonomiske og personellmessige saker, samt alt annet som omhandler drift, mener de at dette går linjevei rett til avdelingssjefen, og legger ikke mye vekt på det.

De har alle klare meninger om hvordan og hvorfor medisinsk faglig rådgiver skal benyttes, og hva slags myndighet vedkommende har. De bruker mye tid på å forklare medisinsk faglig rådgivers rolle. Respondentene svarer dette angående helsefaglige saker:

Avdelingssjef: "Ved faglige spørsmål, eller ved avvik, da går de til den aktuelle seksjonsoverlege. Seksjonsoverlegen har fagansvar for sin seksjon. Er det noe utenom fag eller noe man mener kanskje ikke fungerer godt i forhold til samarbeid med andre seksjoner osv., så går de til avdelingssjefen. De bruker ikke medisinsk faglig rådgiver, det er det bare jeg som bruker i begrenset grad, spesielt der det er medisinske uttalelser som griper over seksjonene. Eksempel: norsk pasientskadeerstatning, som ikke kan linkes opp til en bestemt seksjon. Da bruker jeg medisinsk faglig rådgiver."

Avdelingssjef: "Ved faglige spørsmål brukte jeg seksjonsoverlegene i de forskjellige fagområdene. Vi hadde en medisinskfaglig rådgiver, vi brukte han også særlig i støtte når det gjaldt personalsaker på legene, særlig i forhold til underordnede leger hvor det var tvil om kompetanse. Viktig hvis du ikke er lege som avdelingssjef, for å ha autoritet, respekt og forankring innad i legegruppen, at man bruker medisinsk faglig rådgiver eller seksjonsoverlegene, som et team, og ikke bare kjører sitt eget løp."

Avdelingssjef: "Alle legene er direkte under meg, (samt) en del av sekretærene og seksjonslederne. Jeg som avdelingssjef, og ikke doktor, blander meg ikke oppi medisinsk faglige avgjørelser. Jeg stiller spørsmål fordi jeg ønsker å vite mer. Ha litt mer detaljkunnskaper om enkelte diagnoser, og fordi jeg er opptatt av at jeg viser at jeg er en engasjert leder."

Lege: "Hvis det gjelder fag så kontakter jeg ikke avdelingssjef, men seksjonsoverlege, eller andre kollegaer. Jeg bruker aldri medisinskfaglig rådgiver i kraft av sin funksjon."

Disse utsagnene viser at rollen til medisinskfaglig rådgiver har blitt noe klarere med årene, og antagelig også blitt mindre maktpreget. Det kan se ut til at det er seksjonsoverlegene, iallfall på dette sykehuset, som har "overtatt" litt av rollen til den medisinsk faglige rådgiver. Medisinskfaglig rådgiver blir kun kontaktet av avdelingssjefer, og kun når det er seksjonsovergripende spørsmål, eller når det er tvil om kompetansen hos legene. Når det gjelder kompetansen til underordnede leger, har disse i utgangspunktet veiledere som skal

være forberedt på å ha evalueringssamtaler med dem. I så måte hadde det egentlig ikke vært noe behov for å kontakte medisinsk faglig rådgiver for dette formålet.

De forskjellige fagfeltene har antagelig blitt så spesialiserte at medisinsk faglig rådgiver må kontakte seksjonsoverlegen for det aktuelle faget allikevel. Utover dette mener de at alt ellers går via avdelingssjefen.

Spørsmål 2. Har det etter den formelle innføring av ”enhetlig ledelse”, oppstått tendenser til at ledelsen i større eller mindre grad foregår utenfor de formelle kanaler?

Da utvalget av respondenter var personer som hadde opplevd både todelt ledelse og enhetlig ledelse, kunne de reflektere tilbake og si noe om uformelle kanaler.

Avdelingssjef: ”Nei det har jeg ikke noe inntrykk av, alt går linjevei. Det tør jeg påstå.”

Avdelingssjef: ”I mindre grad nå tror jeg enn tidligere, strukturen setter seg og systemer kommer på plass. Det er de formelle kanalene som fungerer og organisasjonen lærer opp til å agere annerledes.”

Sykepleier: ”Jeg synes ikke det har vært veldig mye uformelle kanaler. Noe er det og har det vært, men ikke mye. Jeg opplevde også ved delt ledelse at det var mye bakkanaler. Jeg synes ikke de uformelle kanalene har blitt verre, snarere bedre med at det er én leder på toppen.”

Ut fra disse utsagnene kan det se ut til at det, iallfall ved dette sykehuset, finnes noen uformelle kanaler, men ikke mer enn før, kanskje til og med noe mindre. Grunnen til dette kan være at organisasjonen gradvis er blitt lært opp til at alle skal følge linjen. Hvis de som prøver å bruke uformelle kanaler, og altså går rundt avdelingssjefen, ikke får gehør, vil de etter hvert også forholde seg til formell linjevei. De lærer, gjennom erfaring, å oppføre seg ”riktig”.

Spørsmål 3. Er det fortsatt dragkamper om hvordan lederstrukturen skal være, eller forstås?

Avdelingssjef: ”Ikke nå, men tidligere, når det ble innført, naturlig nok. Da var det noen diskusjoner.”

Avdelingssjef: "Jeg tror det har satt seg litt, men samtidig så ser vi jo og at det er flere og flere ikke-leger, som blir avdelingssjefer. Dette kan henge sammen med at legene også mer definerer seg som fagpersoner."

Avdelingssjef: "Jeg opplever at det blir snakk om det hvis det blir ledighet. De aller fleste divisjonsdirektører ønsker flere doktorer i avdelingssjefstillinger. Det handler nok også om at ledergruppen til divisjonsdirektøren skal ha variert kompetanse, at det er flere profesjoner representert i teamet."

Sykepleier: "Jeg synes det er færre søkere til alle avdelingssjefstillinger som blir utlyst. Søkmassen spisser seg bort fra legeprofesjonsgruppen og mot sykepleiegruppen. Det er stort sett personer med sykepleierbakgrunn som søker på stillingene som har blitt utlyst nå. Så jeg synes ikke det er noen dragkamp om det. Det er rett og slett få leger som ønsker seg disse stillingene."

På bakgrunn av all historikk som har blitt presentert i oppgaven, så stemmer det nok som utsagnene sier, legene har trukket seg noe tilbake fra lederstillinger. Dette har de gjort da sykehusene har vokst seg så store at ledelse ikke lenger er venstrehåndsarbeid, og de kort fortalt ikke ønsker å slippe faget sitt. En karrierevei innen ledelse er ikke noe som gir verken status eller høyere inntekt for legene. Hvis det en gang skulle være en ledig avdelingssjefstilling hvor det stod mellom en lege og en sykepleier, vil jeg tro at legen ville få stillingen. Ut fra ti års erfaring fra det aktuelle sykehus, tør jeg påstå at leger blir prioritert til lederstillinger, og nå for å få en mer heterogen ledergruppe under divisjonsdirektørene. Per i dag er det, som utsagnene sier, mest sykepleiere som er søkere.

Spørsmål 5. Enhetlig ledelse er altså innført. Hvor enhetlig synes du den fungerer på din avdeling?

Sykepleier: "Jeg synes det fungerer, og at det er den eneste måten å gjøre det på for at sykehusene skal kunne nå målene sine effektivt."

Avdelingssjef: "Jeg synes den har fungert de siste årene."

Avdelingssjef: "Jeg synes det fungerer. Men jeg er veldig opptatt av å få innsikt i og forstå hva folkene mine driver med og hvordan de tenker."

Respondentene ser ut til å mene at enhetlig ledelse nå fungerer etter hensikten (i dette sykehuset). Det har vært en kulturendring i organisasjonen. De fleste er innforstått med at reformen har kommet for å bli. Videre lever vi i en tid hvor nye omorganiseringer kommer hele tiden. Dette er blitt noe alle må forholde seg til.

Spørsmål 6. Hva synes du om prinsippet enhetlig ledelse?

Avdelingssjef: " Det synes jeg det er helt riktig at det skal være."

Avdelingssjef: " Jeg tror ikke det spiller noe rolle hvilken profesjon lederen har. Jeg tror det er viktig at man har kjennskap til, og har kunnskap om sykehusdrift, og at man har en helsefaglig bakgrunn."

Avdelingssjef: "Man må være ydmyk for fagene til de man leder. Det er noe med at sykehus er en høykompetansevirksomhet og som leder så må man tåle, eller akseptere, at du ikke er den som har mest kunnskap om alt. Det har noe med lederidentiteten å gjøre."

Lege: " Jeg vet egentlig ikke hva jeg synes om enhetlig ledelse. Det er dog synd at det er så få leger som velger lederjobber. Mange ser på ledelse som et sidespor, velger du å gå for ledelse, mister du mye fag. Legene melder seg i veldig stor grad ut på dette området. Det er synd, da det også burde være leger i ledelsen. Det viktigste er allikevel at det er en leder som fungerer."

Sykepleier: " Jeg synes at det godt kan være profesjonsnøytralt, men det er viktig med kvalitet, profesjon og fag. Dette mener jeg kan ivaretas på et lavere nivå. Avdelingssjef skal ivareta andre ting; ivareta strategi, økonomi, helhetlig tanke for bedriften."

Det ser ut til å være enighet om at enhetlig ledelse er et godt prinsipp. Mine intervjuobjekter mener at det egentlig ikke er vesentlig hvilken profesjonsbakgrunn lederen har, bare vedkommende har innsikt i den virksomhet enheten driver, har et totalt ansvar for driften og, helst, har en helsefaglig bakgrunn.

Spørsmål 7. Hva er uheldig og hva er heldig med måten dere praktiserer den enhetlige ledelsen på?

Det heldige med å ha en enhetlig ledelse er at avdelingen forhåpentligvis går i samme retning, mener mine intervjuobjekter. De sier også at det er viktig at man har en sjef som har det fulle og hele ansvaret for avdelingen. Det uheldige med ordningen er at lederansvaret kan bli for stort. Slik uttalte mine intervjuobjekter seg:

Avdelingssjef: "Jeg tro at det har vært riktig å ha et helhetlig fokus på alt som foregår innenfor egen avdeling. Rent systematisk så synes jeg det mangler et ledd.

Pleietjenesten har hatt seksjonsledere over seg, hvor avdelingssjef er leder for lederen. Mens for legene så er avdelingssjef både seksjonsleder for legene og avdelingssjef. Hvis det er mange leger som man har direkte personalansvar for, turnusleger, assistentleger, overleger, seksjonsoverleger, er jo dette ganske bredt. Da kan det ta fokus bort fra den mer strategiske ledelsen som man som avdelingssjef er nødt til å sitte på og ivareta. Så i strukturen så synes jeg det er det som har vært uheldig."

Avdelingssjef: "Jeg ønsker meg ikke tilbake til tiden med oversykepleier og avdelingsoverlege. Så jeg ser ikke noe uheldig med den lederformen med en leder på hvert nivå."

Sykepleier: "Å dra i samme retning tror jeg er det viktigste; at hele yrkesforsamlingen har et felles mål. At en leder bestemmer en ting og da skal alle gå den veien. Da det var oversykepleier og avdelingsoverlege kunne man dra i samme retning, eller ulik retning. Dette ut i fra hvilken profesjon og identitet man selv hadde."

De fleste av dem jeg har intervjuet ser altså ut til å mene at den enhetlige ledelsesformen er heldig. De ønsker seg ikke tilbake til tiden med todelt (enhetlig) ledelse. Det er dog en respondent som peker på at ordningen med enhetlig ledelse ikke er helt lik, og dermed konsekvent gjennomført, for så vidt som det mangler et ledd mellom legene og avdelingssjefen, et ledd som altså finnes på sykepleiersiden. Avdelingssjefen fungerer både som seksjonsleder for legene og som avdelingssjef. Det kan være uheldig, selvsagt fordi det skaper "skjevhet" i avdelingsstrukturen (mellom lege- og sykepleiersiden) – med de muligheter for forskjellsbehandling det kan føre til, men også fordi det gjør avdelingslederens

arbeidsoppgave unødige omfattende og unødige detaljpreget (på legesiden). Hva det siste angår er det nok å nevne at personalansvar har en tendens til å bli altoppslukende.

Men hvorfor er det slik at pleietjenesten må gå linjevei via en seksjonsleder for å nå avdelingssjefen, mens legetjenesten har en direkte linje til avdelingssjefen? Det kan se ut til at legene til en viss grad har avfunnet seg med å være underlagt en annen profesjon enn sin egen, gitt at de har direkte linje til avdelingssjefen. Hvis de hadde hatt et ledd i mellom som hadde en annen profesjonstilhørighet, tror jeg de hadde reagert.

Jeg har selv opplevd at leger ikke ønsker å delta på møter, som ikke er rettmessig innkalt direkte fra avdelingssjef. De ønsker ikke å la seg underordne av en sykepleier som i kraft av sin stilling i utgangspunktet har arbeidsoppgaver som er likestilt med "seksjonsleder lege".

Et eksempel på dette er assistentleger som har blitt innkalt til et møte, hvor vedkommende som innkalte hadde signert med seksjonsleder leger. Vedkommende fungerte som sekretær for avdelingssjefen. Denne personen var da i stab til avdelingssjef og håndterte alt fra utlysninger, ansettelsesnotater, ID kort, IT tilganger og turnusplaner for assistentlegene.

Vedkommendes profesjonsbakgrunn var sykepleier. Dette ble meget negativt mottatt av legene, og avdelingssjefen måtte informere om at det ikke var kommet noe nytt ledd i mellom dem og avdelingssjefen, og at de fremdeles var direkte underlagt avdelingssjefen. Det var de til tross for at avdelingssjef også var sykepleier. Det hadde de avfunnet seg med, men ikke å bli underlagt en annen person med samme fagbakgrunn, men som ikke var avdelingssjefen.

Spørsmål 8. Er det noen konkrete endringer du kunne tenke deg å foreslå?

De fleste mener at avdelingssjefen har behov for mer administrativ støttepersonell. De svarer følgende hva gjelder avdelingssjefene:

Sykepleier: "Det trengs mer støtte til avdelingssjefene. Det gjelder økonomi -, HR- og andre stabsfunksjoner, slik at lederen får være mer strategisk. Nå driver avdelingssjefene med administrasjon som de egentlig ikke hadde behovd å bruke tiden sin på. De kunne heller vært mer strategiske ledere. Det tenker jeg ligger litt til grunn for å lykkes med enhetlig ledelse."

Avdelingssjef: "Det er viktig å få seksjonsoverlegene til å ta et begrenset lederansvar. Dette vil skape litt mer orden i strukturen under meg. Samtidig har vi ikke råd til å ta ut for mye legeressurser på bruk til ledelse. Det vil gå utover pasientbehandlingen og produksjonen hvor å bruke det ordet."

Det siste sitatet viser at respondenten har et tvetydig forhold til at leger skal bruke tid på ledelse. Avdelingssjefene vil at seksjonsoverlegene skal ta mer personalansvar for de underordnede legene. Samtidig trengs seksjonsoverlegene i klinikken. Der ønsker de for så vidt selv også å være. Hvis seksjonsoverlegene skal ta mer ledelsesansvar, ønsker de selv at dette skal være fagledelse, og ikke nødvendigvis personalledelse. De vet at personalansvar fører til mye administrasjon. Hvis man allikevel ønsker flere leger tilbake til lederstillinger vil det være en forutsetning at de som avdelingssjefer blir avlastet med administrative oppgaver, slik at de kan bruke tid på fag og strategiarbeid.

Spørsmål 9. Hvilke personlige egenskaper mener du en leder på en klinisk avdeling som din, bør ha?

Respondentene er tydelige og har ganske høye krav til hva slags egenskaper som er viktige for en leder å ha. Dette har de dog fordi de også stiller høye krav til seg selv. To avdelingssjefer, begge sykepleiere, sier:

Avdelingssjef: "Du må ha innsikt, du må vite hva avdelingen driver med og skal drive med. Du må ha forståelse for de ulike legeroller med tanke på det som blir kalt for primadonnaer, altså sterke fagpersoner. Du må også ha kunnskap om yngre generasjoner som kommer, som ikke er oppdratt i den gamle legerollen på samme måte. De har andre krav og forventninger. Du bør ha litt innsikt i hvordan legerollen har utviklet seg gjennom tidene."

Avdelingssjef: "Du må være dyktig og ydmyk, ha kunnskap om sykehusdrift og de fagområdene du er satt til å lede. De sosiale kvalifikasjoner, eller den sosiale intelligens, tror jeg er viktig for å engasjere."

Sykepleier: "Du er nødt til å tenke helhetlig og strategisk. Hvis du er for opphengt i din egen profesjon, så er du ikke egnet. Jeg tror på ledelse ute, jeg tror på å gå ut og prate med mennesker. Du må ha den egenskapen. (Du må) Tørre å gå ut og snakke, være modig, ta upopulære avgjørelser og være uredd."

Respondentene preges av at de har en del ledererfaring og bruker denne erfaringen, spesielt når det gjelder dem de potensielt har størst utfordringer med, legene, særlig de litt eldre leger. De må vise, mener de, at de forstår hva virksomheten, særlig den medisinske, innebærer. De tar også, sier de, hensyn til at eldre leger i større grad er preget av en tid da legen var friere og mer selvbevisst enn tilfellet ofte er for dagens leger. De utvikler evnen til å "treffe" med sin ledelse, forteller de, ved å være aktivt og oppmerksomt tilstede, ved å drive "spaserende ledelse" (Management by Walking Around).

Spørsmål 10. Hvilken betydning har avdelingslederens fagbakgrunn for måten han/hun utøver sin ledelse på? Bør en avdelingsleder ha en helsefaglig bakgrunn?

Avdelingssjef: "Jeg mener du bør ha bakgrunn fra spesialisthelsetjenesten."

Avdelingssjef: "Man trenger noe kunnskap om de fagene man skal lede. Utover det handler det om å være leder, det handler om å jobbe for, mens andre ansatte jobber i. En leder skal ivareta virksomhetens strategiske plan, og sørge for at man når målene sine. Det er lederens viktigste oppgave; for å kunne gjøre det må du ha en lederidentitet. Det sies at noen kan lede hva som helst, hvis man først er en dyktig leder, og kanskje kan man det? Hvis du i tillegg har en stor porsjon ydmykhet overfor de du er satt til å lede, og skjønner at du leder mennesker med en større kompetanse enn deg selv"

Avdelingssjef: "Avdelingssjef på et sykehus bør kanskje ha helsebakgrunn. Du må ha innsikt og forståelse for hva folka du skal lede, driver med. Videre må folka dine skjønne at du forstår dem og jobber for dem og at du ønsker at ting skal bli bedre og at du ser dem."

Sykepleier: "Det er bra å ha en viss fagbakgrunn for å skjønne hva det dreier seg om. Men ikke rettet mot profesjon. Det er like viktig at vedkommende også har lederutdanning og økonomiutdanning i tillegg."

Lege: "Jeg mener de bør ha helsefaglig bakgrunn"

Disse respondentene svarer altså at det er viktig med helsefaglig bakgrunn. Det kan henge sammen med de svarene de gav på det foregående spørsmålet: Det er viktig for å kunne "treffe" medarbeiderne, ikke minst de mest selvbevisste legene. Samtidig mener de at en dyktig leder i prinsippet kan lede hvilken som helst virksomhet. Det kan virke selvmotsigende. Kanskje skyldes "selvmotsigelsen" at de aktuelle sykepleierne (og kanskje sykepleieledere flest?) på den ene siden ser fordelene med å kjenne virksomheten, og på den annen side mener at hvis kravet til kjennskap drives langt, undergraver det deres rolle som ledere også for leger? De kan også mene at "skreddersyng" er viktig, men at det, i alle fall etter en tid, kan være mulig for en hvilken som helst leder å lykkes med det. Man kan også tenke seg at sykepleiere kan mene at en viss kjennskap til virksomheten er viktig for ikke å åpne for "invasjon" av ikke helsefagfolk i lederstillinger i sykehus.

Spørsmål 11 Hvis en lege er avdelingsleder, hvor viktig er hans/hennes faglig-kliniske status blant sine kollegaer?

Respondentene svarte ikke helt konkret på hvor viktig den kliniske statuen er. De uttaler seg heller om viktigheten av identitetsskiftet fra legerollen til lederrollen.

Avdelingssjef: "Jeg tror en lege kan være en utmerket avdelingssjef, men må ha interesse for å lede, ha tatt det valget og nedprioritere faget. Klinisk arbeid kan kombineres til en viss grad. Vedkommende må ha forstått betydningen av at alle profesjoner er viktige og jobber i et team."

Avdelingssjef: "Enten du er lege eller ikke når du går inn i en lederrolle så må du gjennom et identitetsskifte. Det stilles helt andre krav til deg som leder, enn som fagspesialist. Du skal gå fra å være spesialist, særlig legene, til å bli generalist, og ivareta en helhet og kanskje flere yrkesgrupper. Graden av suksess avhenger av om du klarer det identitetsskiftet eller ikke."

Sykepleier: "Jeg tror at fortsatt så henger det igjen at du blir beundret for den kliniker du en gang var, og ikke ut fra det lederskapet du faktisk utøver i dag. Det er veldig synd, da du blir målt på andre parametre enn det som er viktig for lederskapet ditt i dag."

Svarene her er muligens uttrykk for at avdelingssjefene mener at legene egentlig kun ønsker å drive med legeledelse. Avdelingssjefene med sykepleiebakgrunn er bekymret for hvordan det vil gå med alle de andre yrkesgruppene som også skal ivaretas.

Spørsmål 12. Kan legers opptatthet av å holde seg faglig-klinisk à jour, gjøre at det går utover deres evne til å fungere som avdelingsledere?

Avdelingssjef: "Både ja og nei, i den grad det kommer til syne at du forfordeler eller ikke er objektiv. Hvis du ikke har klart identitetsskifte ditt, og blir en generalist, og ivaretar helheten, da blir det konflikt. Det blir en personlig konflikt og en konflikt ut mot andre fagområder."

Sykepleier: "Ja det mener jeg absolutt, for hvis du skal bruke tid på å holde deg faglig oppdatert og samtidig utvikle et lederskap, så mener jeg det er to uforenlige roller. Hvis du har en stor avdeling i alle fall."

Avdelingssjef: "Ja det kan det nok, (men) det spørres i hvor stor prosent av stillingen som de jobber klinisk."

Respondentene er åpenbart skeptiske til om det er mulig, og heldig, å være opptatt av å holde seg faglig à jour hvis man er leder. De ser delvis et pragmatisk problem: En leder vil ikke få tid til å følge helt med i faget, hvis hun eller han skal ta lederoppgaven alvorlig. De ser også et habilitetsproblem: Hvis lederen som er lege er opptatt av å holde seg faglig oppdatert på sitt fagfelt vil hun/han bli avhengig av sine (sub)spesialistkolleger og derfor også lett tilbøyelig til å favorisere dem og deres spesialitet. Disse tre respondenter ser altså på ledelse som en egen spesialitet, eller profesjon. Den krever all oppmerksomhet. Kombineres den med annen aktivitet, blir den "forkludret".

Spørsmål 13. Hvis en sykepleier er avdelingsleder, hvor viktig er hans/hennes faglig-kliniske status blant sine kolleger?

Respondentene svarer følgende:

Avdelingssjef: "Jeg tror mye er personavhengig og at du er våken og følger med. Du må være tydelig."

Sykepleier: "Jeg tror at hvis du en gang har vært en dyktig fagperson, så tror jeg at for noen så betyr det mye. Forskjellen er at sykepleiere ikke på samme måte som leger er opptatt av å holde seg i faget. De dreier raskere inn på en administrativ vei, en ledelsesvei. Jeg tror det er en forskjell, på det å beholde sin profesjon eller ikke. De slipper faget."

Lege: "Sykepleieledere bruker ikke tid på å holde seg faglig oppdatert."

Som vi ser har svarene her en annen tendens enn de hadde på "legespørsmålet". Det reflekterer gamle kulturforskjeller mellom profesjonene. For legene fortsetter fagtilknytningen å spille en stor rolle. Det er smertefullt for mange å "slippe" faget for mye. Det kan i noen grad bidra til det, at de ofte taper økonomisk på å "slippe" sitt gamle fag. Hvis sykepleiere "forlater" faget, og går inn i ledelse, fører det ikke til samme tap av status blant gamle kolleger som tilfellet er for leger. Om noe vinner sykepleierne i anseelse blant sine sykepleierkolleger. Det bidrar også til å gjøre det lett for dem å "forlate" faget, at det er økonomisk lønnsomt for dem. Få sykepleiere går derfor, typisk nok, tilbake til faget etter å ha vært ledere.

6.2 Oppsummering av funn

Det første jeg observerer er hvor lang listen over egenskaper som avdelingssjefene med sykepleiebakgrunn mener at en leder på deres nivå bør ha. Jeg danner meg noen tanker om hvorfor de har så store krav til ledere i disse stillingene. Jeg antar at de har det, da de i fremtiden også ser for seg at det vil være sykepleiere som dominerer i disse stillingene. Jeg undres over om listen hadde vært like lang hvis det hadde vært leger som dominerte i lederstillingene?

Liste over egenskaper som respondentene mener en leder på avdelingssjefsnivå bør inneha:

- Innsikt
- Forståelse
- Kunnskap
- Dyktighet
- Ydmykhet
- Sosial intelligens
- Modighet
- Ureddhet
- Evne til helhetlig tankegang
- Strategiske evner
- Ha evne til å være synlig i organisasjonen
- Evne til å engasjere
- Evne til å være tydelig
- Evne til å jobbe i team
- Ha lederutdannelse

Alle respondentene er enige i at enhetlig ledelsen nå fungerer mer eller mindre etter hensikten. Det meste blir rapportert rett til avdelingssjef av driftsmessige, økonomiske og personalmessige saker.

Når det gjelder faglige spørsmål derimot, har de klare formeninger om hvordan disse skal håndteres. Det er opprettet medisinskfaglige rådgivere der hvor det er sykepleiere som er avdelingssjefer. Rådgiverne kontaktes kun av avdelingssjefen og ikke av andre underordnede leger, så fremt rådgiveren ikke blir kontaktet om spørsmål som gjelder hans/hennes fagspesialitet. Det kan være flere grunner til at den medisinskfaglige rådgivers tydelig avgrensede rolle i de aktuelle avdelinger er som den er. En av grunnene kan være at avdelingssjefene ønsker å begrense myndigheten til den medisinskfaglige rådgiver.

Avgrensningen av den medisinskfaglige rådgivers rolle innebærer jo at avdelingssjefen, som nå er sykepleier, har kontroll over når medisinsk faglig rådgiver blir kontaktet og på hvilken bakgrunn vedkommende blir det. Dette kan også være grunnen til at avdelingssjefer i større grad benytter seksjonsoverlegene når det gjelder medisinskfaglige spørsmål. Ved å benytte seg av alle de ulike seksjonsoverlegene blir makt og myndighet mer spredt på legenivå, og ikke konsentrert rundt medisinskfaglig rådgiver. Fagutviklingen kan imidlertid også gjøre at den medisinskfaglige rådgiver ikke har den fornødne kompetanse på noen av spesialfeltene, og faktisk selv måtte ha kontaktet seksjonsoverlegene før han/hun eventuelt kunne gitt avdelingssjefen råd.

Det som pekes på som spesielt uheldig er at avdelingssjefer på store avdelinger kan få for stort ledelsesspenn. Dette er spesielt tilfellet hvis de også må fungere som leder for alle legene, da de per i dag er direkte underlagt avdelingssjefen. Mine respondenter mener derfor at seksjonsoverlegene bør ta over noe av personalansvaret for de underordnede legene på sine seksjoner. Igjen må vi imidlertid konstatere at leger (her, seksjonsoverleger) generelt ikke ønsker å ha personalansvar. De ønsker å ta stilling til faglige spørsmål, ikke sitte med turnusplaner til overleger, rulleringsordninger til assistentleger eller introduksjonsdager for turnusleger. Dette er administrasjon som de mener andre kan ta seg av, for eksempel avdelingssjefen.

Det at avdelingssjefene skal ha bred oversikt og et stort kontrollspenn gjør at de ønsker seg mer støtte og stabsfunksjoner rundt seg. Hadde de hatt det, hadde kanskje flere leger meldt sin interesse for stillingene. Da kunne de ha lagt vekt på å være fagstrateger og ikke brukt tid til så mye administrasjon.

Mine respondenter mener at det ikke er avgjørende hvilken profesjon innehavere av lederstillingene kommer fra, bare de har helsefaglig bakgrunn. Hvorfor de mener det, har jeg ikke studert nærmere. Men noen grunner peker seg ut som sannsynlige: Er det fordi de ikke ønsker konkurranse ”utenfra”, for eksempel fra ingeniører og økonomer? Eller er det fordi de genuint mener at ledere må ha bakgrunn fra spesialisthelsetjenesten for å kunne lede en avdeling på et sykehus?

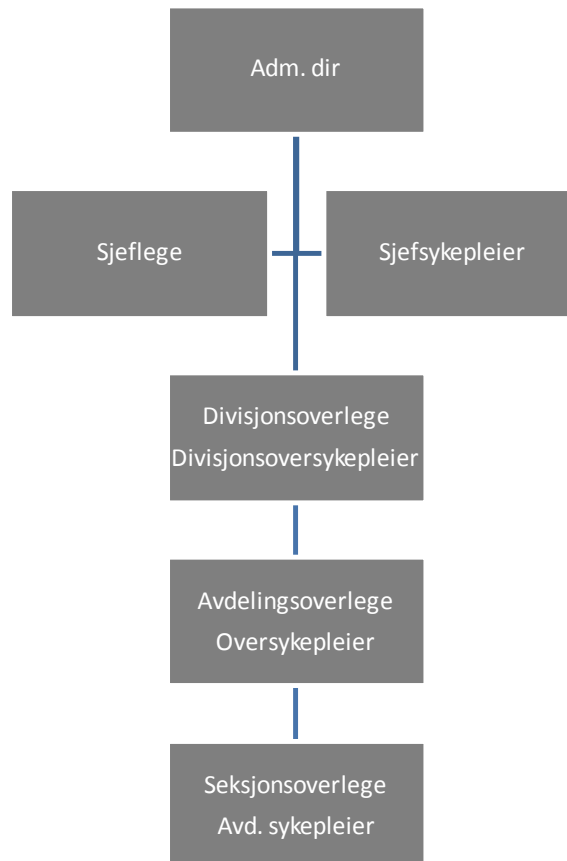
7 Oppsummering / Konklusjon

Målet i helsevesenet er å gi god og forsvarlig pasientbehandling innenfor de ressurser som stilles til disposisjon. Etter innføringen av enhetlig ledelse, har roen etter min mening senket seg noe i sykehusene. Det er imidlertid flere måter å organisere ledelse på de ulike nivåer i sykehus på, og helt har derfor ikke diskusjonen og dragkampen om den enhetlige ledelse forsvunnet.

Hvordan utviklingen videre blir er ikke lett å forutse. Innføringen av enhetlig ledelse representerte et skritt i retning av å profesjonalisere lederrollen i sykehus. Hvis denne utviklingen føres videre, kan man tenke seg at også kravet om helsefaglig bakgrunn tas helt bort og at ledelsesfeltet åpnes opp for alle med ledelsesutdanning og ledelseserfaring. Det kan imidlertid også tenkes at utviklingen går i motsatt retning og at kravene til helsefaglig bakgrunn skjerpes og endog forstås som medisinsk bakgrunn.

Jeg har nedenfor laget tre forenklete organisasjonskart for å illustrere noen retninger utviklingen kan ta. Stabsfunksjoner er, bortsett fra på det første kartet (sjeflege/sjefsykepleier), ikke tatt med. Det bør dog nevnes at på avdelingssjefsnivå er det som regel en sekretær, en stedfortreder og en medisinskfaglig rådgiver (når avdelingssjefen er sykepleier). Avdelingssjefen har vanligvis også tilgang på HR- og økonomirådgivere som befinner seg på divisjonsnivå (klinikknivå).

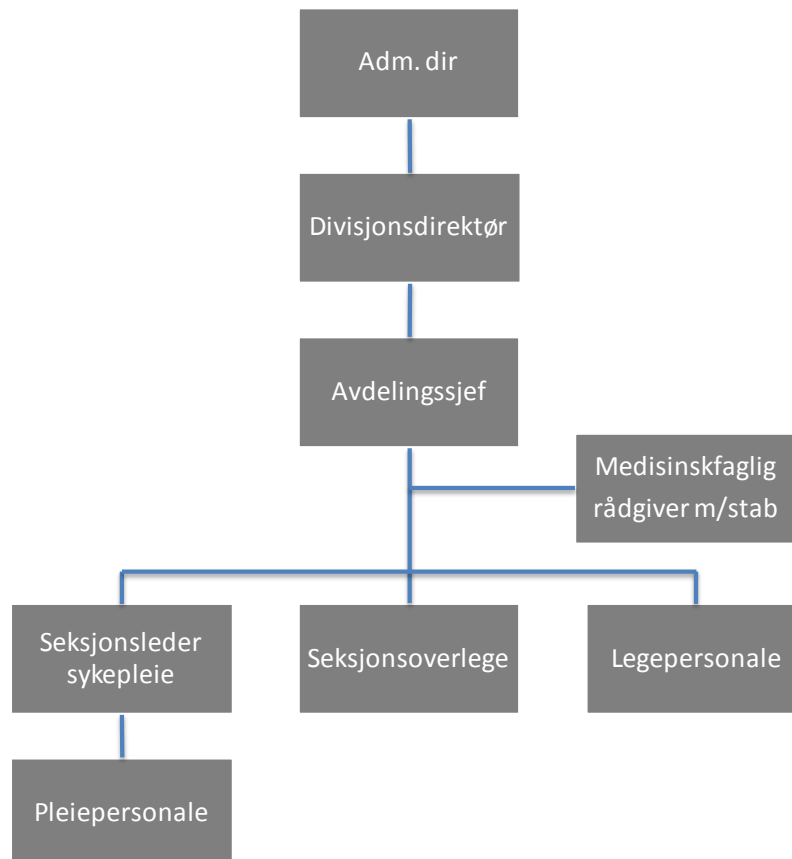
Det første organisasjonskartet viser hvordan sykehuset var organisert før innføring av enhetlig ledelse; altså da det var todelt ledelse på avdelingsnivå.



Kritikken mot denne måten å organisere på gjaldt nettopp den todelte ledelse. Den gikk, på det prinsipielle plan, den ene siden ut på at de to faglederne på avdelingsnivået var avhengig av en løpende og derfor tungvint samordning, og på den annen side på at todelingen av ansvaret lett kunne føre til ansvarsuklarhet. Begge de prinsipielle problemene fikk etter hvert en slags løsning: De to delte oppgavene mellom seg. Legelederne tok på seg ansvaret knyttet til det legefaglige og dermed også det kliniske arbeidet, mens sykepleielederne tok seg av pleieadministrasjonen og den delen av driften som ikke gjaldt det medisinsk-kliniske arbeidet. Slik fikk sykepleielederne i noen grad noe som lignet på et driftsmessig helhetsansvar. Spesielt var det tilfellet der hvor de også fikk et hovedansvar for ressursbruken (økonomien). Alle problemer ble imidlertid ikke over alt løst med denne arbeidsdelingen. Det oppstod enkelte steder en uklar arbeidsdeling og dermed også uklare ansvarsforhold. Problemene kunne bli store der hvor de to lederne ikke kommuniserte godt med hverandre.

Intensjonen med den todelte organiseringen hadde vært å binde det budsjettmessige, helsefaglige og personellmessige ansvaret sammen. Det skulle skje ved at lege- og sykepleielederne skulle være både forente og likeverdige parter. Dette ble ikke alltid utfallet.

Den nye modellen, med enhetlig ledelse, ble seende slik ut:

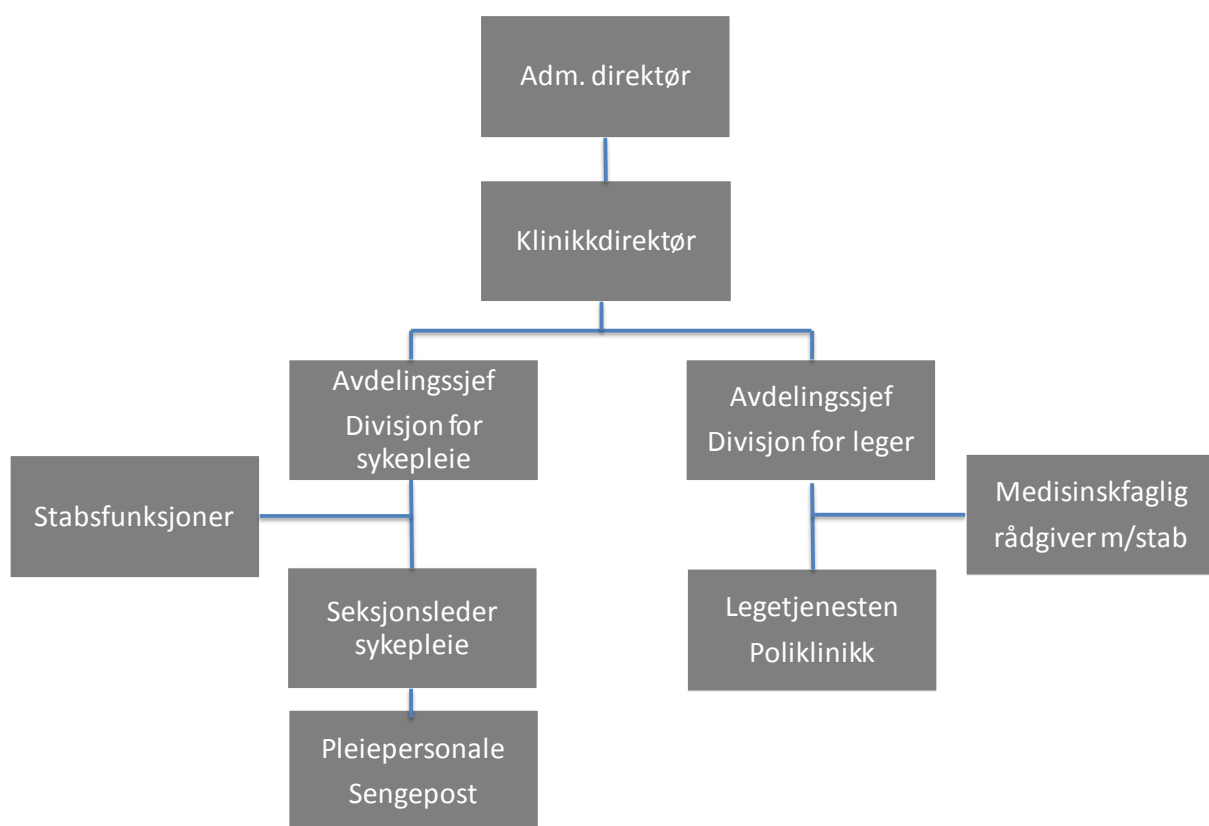


Modellen innebærer, som vi har sett, at lederrollen, også på avdelingsnivå, profesjonaliseres og at lederansvaret gjøres helt allment. Det ligger i ideen om profesjonalisering av lederrollen at den ikke reserveres for medlemmer av en bestemt faggruppe. Samtidig kan man si at bestemmelsen om at når en sykepleier er avdelingsleder, så skal det ansettes en medisinskfaglig rådgiver, er en slags konsesjon til det gamle legestyret. Denne rådgiveren skal være rådgiver, altså være plassert i stab, men i og med at den som er rådgiver kan intervenere når hensynet til hva som er medisinsk forsvarlig tilsier det, får også vedkommende en slags myndighetsrolle.

Ordningen skapte altså en viss uklarhet, og åpnet slik for en fortsatt profesjonsstrid. Etter hvert fant imidlertid partene en akseptabel måte å ordne forholdene på. Rådgiveren ble, som vi har sett, i praksis mer og mer en rådgiver: Han eller hun henvendte seg, som rådgiver, bare

til avdelingssjefen, og omvendt. I noen grad skyldtes imidlertid dette også at rådgiveren jo ikke kunne være en generell rådgiver. Snart var alle seksjonsoverlegene medisinskfaglige rådgivere oppover, for så vidt også overfor legelige avdelingsledere (med unntak av det område avdelingslederen selv kom fra). Heller ikke de legelige avdelingsledere behersket jo alle spesialfag.

Etter at denne modellen ble innført tok det ikke så lang tid før det sykehus jeg har som utgangspunkt endret den i noen henseender; jf. figuren nedenfor. Endringene trådte i kraft 1. september 2011.



Hvis alle respondentene i undersøkelsen er enige om at enhetlig ledelse nå fungerer etter intensjonen, kan man spørre hvorfor organisasjonskartet endres. Med den nye endringen er i noen grad profesjonsstyret gjeninnført, i todelt forstand.

Som de ulike organisasjonskartene gjengitt ovenfor viser, har legene aldri i samme grad som sykepleierne vært underlagt en seksjonsleder i linjen. De har i noen henseender befunnet seg på siden av organisasjonen og vært direkte underlagt en avdelingssjef. Legene har heller ikke i samme grad som sykepleiere vært knyttet til en post eller annen organisatorisk enhet. Det skyldes nok i noen grad at de jobber på forskjellige steder, som akuttinntak, sengeposter og

poliklinikker, men neppe bare det. Det reflekterer også deres gamle rolle som delvis frie profesjonsutøvere.

Sykehuset jeg jobber ved er ikke det eneste sykehuset som har valgt den løsningen vårt sykehus nå innfører, en løsning som også kan ses på som en revitalisering av den tidligere ordningen med todelt fagledelse. Det sier seg selv at disse nye divisjoner vil få tradisjonelle fagledere. Samtidig melder spørsmålet seg om hvem som skal lede de enheter den tjenesteytende virksomheten må være forankret i, og for så vidt hvordan forholdet mellom disse enhetene og de nye divisjonene blir.

I noen henseender kan altså denne modellen innebære at medikratiet kanskje mer enn sykepleierstyret, kan få en form for renessanse. Modellen kan for eksempel gi legene anledning til å lede på rent faglig grunnlag, altså uten å måtte ta blant annet (helhetlig) økonomisk ansvar. Modellen vil imidlertid skape en ganske kompleks organisering, endog en mer kompleks organisering enn den gamle, todelte, siden den foregikk innen rammen av de tjenesteytende enheter (avdelinger).

Denne organiseringen er knapt noen måneder gammel, men den begynner å få viktige konsekvenser. Divisjon for sykepleie er i ferd med å bli ”eiere” av sengene og pleiepersonalet på sengepostene mens legedivisjon bare betjener postene, og dermed på et vis divisjonen, med leger og tjenester. Siden kjernevirksomheten på et sykehus er medisinsk, betyr imidlertid det at sykepleierdivisjonen blir svært legeavhengig. Svært mye avhenger av at lederne for de to divisjoner får samarbeidet godt til.

Det kan altså se ut til at dragkampen profesjonene imellom om lederskapet på tjenesteytende nivå i dette sykehuset har fått en ny omdreining, etter at prinsippet om enhetlig ledelse langt på vei var blitt godtatt. Fagstyrehensynene har fått en viss renessanse. Den utviklingen jeg har hatt som mål å redegjøre for har slik sett ikke fått en naturlig avrunding. Jeg har beskrevet en utvikling fra fagledelse til profesjonell ledelse, en utvikling som skulle ha et ”naturlig” endepunkt. Den begynte å nærme seg dette punktet i årene etter vedtaket om enhetlig ledelse, men nå har kanskje fortiden ”slått tilbake”? For så vidt som legene ved behandlende sykehus står for den primære virksomhet, kan denne nye ”omdreiningen” i organisasjonsmodellutviklingen komme til å skape utfordringer for sykepleierne og sykepleielederne.

Litteraturliste

Litteraturliste

Album, D. og Midre, G. (1991) Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi. *Ad Notam forlag AS*

Aarseth (1999) Ledelse nedprioriteres *dagens medisin 06/99*

Bakka Jørgen, Fivelsdal Egil og Nordhaug Odd (2004) Organisasjon og ledelse. *Cappelen Akademisk Forlag 4.utgave*

Befring Anne Kjersti og Bente Ohnstad (2001) Helsepersonelloven- med kommentarer. *Fagbokforlaget 2001 2.utgave*

Berg, Ole. (1987) Medisinens logikk. *Universitetsforlaget AS*

Berg, Ole. (2005) Fra politikk til økonomikk. *Den norske legeforening.*

Dalby Kristin (2005) Omstilling i kommunene med fokus på new public management. *Stiftelsen imtec 2005 Hamar*

Farnes, H. (2006) Mellom forankring og forandring om kvalitetsledelse i sykehus. *Hovedfagoppgave UI Tromsø*

Griegel Kjell (1999) Ledelse nedprioriteres *dagens medisin 06/99*

Halvorsen Bård (april1996) *Aviser og sykehus*

Jacobsen, Dag Ingvar (2005) Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. *Høyskoleforlaget 2005 2.utgave*

Jensen, B. og Bollingmo, M. (2007) Helsereform utfordringer og løsninger. *Høgskolen i Hedmark Rapport nr.15-2007*

Johansen, Skjöld Monica (2005) Penga eller livet? -Lederutfordringer i det reformerte norske sykehusvesenet. *Universitetsforskning Bergen notat 16-2005*

Jørgensen, Malin. og Berntsen, A. Gina. (2009) Ledelse i sykehus - En studie av utviklingen fra fagledelse til profesjonell ledelse. *Masteroppgave UIO*

Karlsen, K. F. og Walther, S. (1996) Fredrikstad byleksikon *Fredrikstad Blads forlag 2 utgave*

Kirurgiske kandidater, medisinske examinater og kirurgiske elever (2003) *Bergensposten*

Kjerstad, E. og Kristiansen, F. (2002) Innsatsstyrt finansiering og pasientsammensetning v/norske sykehus. *SNF-rapport 52/02. AS Bergen*

Kvale, Steinar. (2006) Det kvalitative forskningsintervju. *Gyldendal Norsk Forlag AS 9. opplag.*

Kvale, Steinar. og Brinkmann, Svend (2009) Det kvalitative forskningsintervju. *Gyldendal Norsk Forlag AS 2009.2 utgave, 1 opplag.*

LOV 1999-07-02 nr 63 Pasientrettighetsloven.

LOV 1999-07-02 nr 64 Helsepersonelloven.

LOV 1999-07-02 nr 61 Spesialisthelsetjenesteloven

Løderup Peter, Kaasen Knut og Tjomsland Steinar (1996) KARNOV Norsk kommentert lovsamling

Mathisen, J. (2006) Sykepleiehistorie ideer-mennesker-muligheter. *2.utgave 1.opplag Gyldendal norsk forlag*

Martinsen Øyvind Lund (2009) Perspektiver på ledelse. *3.utgave 1.opplag Gyldendal Norsk Forlag AS*

Melby, K. (1990) Kall og kamp. *J.W Cappelen forlag AS 2. utgave.*

Normann, L. (2001) Enhetlig todelt ledelse, kraftpotensiale eller konflikt? *Hovedoppgave UIO*

Norges offentlige utredninger (1997) Pasienten først NOU 1997:2. Oslo: *statens forvaltningstjeneste seksjon statens trykkning*

Polit, D. F. og Beck, C. T. (2008) Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice. *Lippincott Williams & Wilkins*

Sentralsykehuset for Østfold Fredrikstad (1956-1957) Beretning for termin 15 mars til 30 juni 1957). *C.Hanssens Trykkeri og bokbinderi i Fredrikstad. Saksarkiv*

Sentralsykehuset for Østfold Fredrikstad (1963) Beretning for budsjettåret 1963. *Saksarkiv*

Sentralsykehuset for Østfold Fredrikstad (1967) Beretning for budsjettåret 1967. *Saksarkiv*

Sentralsykehuset for Østfold Fredrikstad (1972,73,77,80) Beretning for budsjettåret 1972,73,77,80. *Saksarkiv*

Sentralsykehuset for Østfold Fredrikstad (1985) Årsmelding. *Saksarkiv*

Sentralsykehuset for Østfold Fredrikstad (1986/1987) Sykehusets virksomhet.

Sykehuset Østfold.(19.09.06) *Lys våken i 50 år. Saksarkiv 06/464.*

SØF nytt spesialnummer. *Fra 1956-1986. Saksarkiv 01/82-6*

Sykehuset Østfold(2007) Årsrapport 2007.*Clarendon Trykk Unikom.*

Sykehuset Østfold(2008) Årsrapport 2008.*Eggen press AS-Trykk: Møklegaards Trykkeri.*

Yngve Rønsen *Oppsal-legekontor.no*

Østfold Sentralsykehus (1991) Årsmelding. *Saksarkiv*

Østfold Sentralsykehus (2000,2001,2005) Årsmelding. *Saksarkiv*

Vedlegg 1

Semistrukturert intervjuguide

1. Kan du beskrive hvordan lederstrukturen ser ut ved din avdeling, formelt og reelt i dag?

Jeg ønsker her at du vurder både den vertikale og horisontale strukturen, og om strukturen varierer i personellmessige, økonomiske og helsefaglige saker.

2. Har det, etter den formelle innføring av ”enhetlig ledelse”, oppstått tendenser til at ledelse i større eller mindre grad foregår utenfor de formelle kanaler? Kan du konkretisere?
3. Er det fortsatt dragkamper (konflikter) om hvordan lederstrukturen skal være, eller forstås?
4. Har den nye lederstrukturen påvirket måten avdelingen forholder seg til overordnede ledere på og til sideordnede samarbeidspartnere? Kan du i så fall konkretisere?
5. Enhetlig ledelse er altså formelt innført. Hvor enhetlig synes du den i praksis fungerer på din avdeling?
6. Hva synes du om prinsippet om enhetlig ledelse? Hvorfor synes du det du synes?
7. Hva er uheldig og hva er heldig med den måten dere nå praktiserer den enhetlige ledelse på?
8. Er det noen konkrete endringer du kunne tenke deg å foreslå? Kan du begrunne dine endringsforslag?
9. Hvilke personlige egenskaper mener du en leder på en klinisk avdeling som din, bør ha?
10. Hvilken betydning har avdelingslederens fagbakgrunn for måten han/hun utøver sin ledelse på? Bør en avdelingsleder ha en helsefagbakgrunn, evt. en bestemt helsefagbakgrunn? Hvorfor mener du det du gjør?

11. Hvis en lege er avdelingsleder, hvor viktig er hans/hennes faglig-kliniske status blant sine kolleger, og blant sykepleiere, for hans/hennes evne til å lede avdelingen?
12. Kan legers opptatthet av å holde seg faglig-klinisk ajour, gjøre at det går utover deres evne til å fungere som avdelingsledere? Hvordan kan det eventuelt skje?
13. Hvis en sykepleier er avdelingsleder, hvor viktig er hans/hennes faglig-kliniske status blant sine kolleger, og blant leger, for hans/hennes evne til å lede avdelingen?